



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

A UNA MUJER ADULTA MEDIA, CON VASCULITIS SECUNDARIA A
LUPUS ERITEMATOSO, A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DEL MODELO
DE VIRGINIA HENDERSON.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

ULISES ORTIZ EVARISTO

No. De Cuenta: 403018330

DIRECTORA DEL TRABAJO:

L.E.O.: Ma. VERÓNICA BALCÁZAR MARTÍNEZ

MEXICO, D.F.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TOTALMENTE CEREBRAL

Español:

"Una de las funciones de los órganos de los sentidos es confirmar las hipótesis acerca de la percepción que el cerebro genera constantemente. En otras palabras, a partir de la experiencia, tocamos el mundo con el cerebro, vemos con el cerebro, escuchamos con el cerebro, descubrimos los sabores con el cerebro y percibimos los olores con el cerebro. Somos totalmente cerebrales".

English:

"One of the functions of the organs of the senses is to confirm the hypotheses about the perception that the brain constantly generates. In other words, starting from the experience, we play the world with the brain, we do with the brain, we listen with the brain, we discover the flavors with the brain and we perceive the scents with the brain. We are completely cerebral."

France:

"Une des fonctions des organes des sens est confirmer les hypothèses au sujet de la perception que le cerveau produit constamment. En d'autres termes, commencer de l'expérience, nous jouons le monde avec le cerveau, nous faisons avec le cerveau, nous écoutons avec le cerveau, nous découvrons les saveurs avec le cerveau et nous percevons les parfums avec le cerveau. Nous sommes complètement cérébraux."

Italy:

"Una delle funzioni degli organi dei sensi è confermare le ipotesi sulla percezione che il cervello continuamente genera. Nelle altre parole, cominciando dall'esperienza, noi giochiamo il mondo col cervello, noi facciamo col cervello, noi ascoltiamo col cervello, noi scopriamo i sapori col cervello e noi percepiamo i profumi col cervello. Noi siamo completamente cerebrali."

Deutsch

"Eine der Funktionen der Organe der Sinne ist die Hypothesen über die Wahrnehmung zu bestätigen, die das Gehirn ständig erzeugt. In anderen Wörtern, beim Beginnen von der Erfahrung, spielen wir die Welt mit dem Gehirn, wir machen mit dem Gehirn, wir hören mit dem Gehirn zu, wir entdecken die Geschmäcke nach dem Gehirn, und wir nehmen die Düfte nach dem Gehirn wahr. Wir sind vollkommen zerebral."

Português

"Um das funções dos órgãos dos sentidos é confirmar as hipóteses sobre a percepção que o cérebro constantemente gera. Em outro palavra, a partir da experiência, nós jogamos o mundo com o cérebro, nós fazemos com o cérebro, nós escutamos com o cérebro, nós descobrimos os sabores com o cérebro e nós percebemos os cheiros com o cérebro. Nós somos completamente cerebrais".

INDICE

INTRODUCCION.....	4
I.- JUSTIFICACIÒN.....	5
II.- OBJETIVOS.....	6
III.- METODOLOGIA.....	7
IV.- MARCO TEORICO.....	8
1.-ANTECEDENTES HISTORICOS DE ENFERMERIA.....	8
2.-CONCEPTUALIZACIÒN DE ENFERMERIA.....	11
3.-METAPARADIGMA.....	11
4.-PROCESO ATENCIÒN DE ENFERMERIA.....	14
5.-MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.....	26
6.-EL ADULTEZ INTERMEDIA O MEDIA.....	43
7.- LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO.....	50
8.- VASCULITIS.....	76
V.- APLICACIÒN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.....	89
VI.- DESCRIPCION DEL CASO.....	89
➤ VALORACIÒN DE ENFERMERIA.	
➤ EXPLORACIÒN FÍSICA.	
VII.- PLAN DE ATENCIÒN DE ENFERMERIA.....	94
CONCLUSIONES.....	104
SUGERENCIAS.....	105
BIBLIOGRAFIA.....	106
ANEXO (1).....	108
CONSIDERACIONES BIOETICAS	
CONSENTIMIENTO INFORMADO	
ANEXO (2).....	117
PROGRAMA DE REHABILITACIÒN PARA EL ADULTO	

INTRODUCCIÓN.

El Proceso Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático y organizado el cual visualiza el cuidado enfermero en forma teórico-practico contemplando la realización de la Valoración de necesidades, la formulación de Diagnósticos enfermeros, la Planeación de Intervenciones y Ejecución de acciones. Para concluir con la Evaluación de estas; Permite detectar su afectividad, la cual ayudara al profesional de Enfermería a priorizar las necesidades y modificar sus acciones con el fin de lograr y promover el bienestar de la persona.

VIRGINIA HENDERSON :Define a la enfermería en términos funcionales como : " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"

Como es sabido siempre han existido riesgos y daños que pueden ser un peligro para alterar la salud de las personas, pero que pueden ser prevenidos detectados y tratados, por ello la aplicación del proceso de enfermería realiza cuidados que favorecen el desarrollo normal de cada una de estas etapas para con ello disminuir de forma importante al agravamiento de posibles complicaciones.

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad de causa desconocida, caracterizada por la aparición de manifestaciones clínicas multisistémicas y, casi invariablemente, por la presencia en la sangre de anticuerpos dirigidos contra uno o más componentes del núcleo y otros antígenos intracelulares. Puede presentarse en cualquier edad, pero, por lo general, afecta a mujeres entre los 16 y los 55 años. Por ello es importante la aplicación de Proceso Atención de Enfermería ya que este tiene como fin mejorar la vida del adulto medio y disminuir en gran medida las posibles complicaciones que se pudieran tener es esta etapa.

I.- JUSTIFICACIÓN.

El Lupus eritematoso sistémico (LES) es una entidad de etiología incierta que se caracteriza por la diversidad tanto de sus manifestaciones clínicas como de su curso y respuesta al tratamiento. Esta diversidad se pone también de manifiesto al analizar los parámetros inmunológicos que caracterizan esta afección y a los cuales se les presupone un papel etiopatogénico. Por este motivo, en la actualidad se tiene a considerar el (LES) no como enfermedad única sino como un agregado de síndromes con unas alteraciones en la inmunorregulación muy diversas. Esto condiciona que el pronóstico y el tratamiento deban individualizarse en cada uno de los casos.

En los últimos años se han realizado numerosos esfuerzos para configurar subgrupos homogéneos de pacientes con LES según su perfil clínico y serológico. Sin embargo, todavía no se han podido trazar fronteras exactas para individualizar subgrupos bien definidos, excepto en formas muy particulares de LES, como es el caso del Lupus Eritematoso Cutáneo Subagudo, el LES neonatal y el LES inducido por fármacos.

El dato epidemiológico mundial es que 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 (entre 20 y 40 años, en niños y adolescentes).¹ La prevalencia del LES es de 1 en 2000 habitantes, con una concordancia en gemelos fraternos de 2 a 5 %, mientras que en gemelos idénticos la concordancia llega a ser del 24 al 58%.

El Proceso atención de enfermería es un método sistémico y organizado que permite proporcionar a la persona cuidados especializados en cualquier estado y etapa de la vida tiene como objetivo identificar las necesidades de salud en el individuo familia y comunidad ofreciendo cuidados de enfermería que aceleren la solución de los problemas maximizando las oportunidades y recursos, siendo los cuidados las acciones de enfermería que sirven de base para desarrollar las capacidades físicas afectivas, mentales y sociales, de individuo y como miembro de una unidad social integrada por la familia.

La estructura flexible del proceso proporciona un marco de trabajo que permite al profesional de enfermería identificar y satisfacer las necesidades de la persona en todos los campos de salud.

Actualmente se ha observado que el profesional de enfermería ya no usa el Proceso de atención de Enfermería en sus sitios de trabajo, haciendo de su labor como enfermero un trabajo rutinario.

Por tal motivo se eligió el proceso de atención de enfermería como una opción de titulación en el cual se le aplicó a una mujer adulta media, con vasculitis secundaria a lupus eritematoso, en donde se llevó a cabo todos los conocimientos teóricos prácticos adquiridos en la formación académica y en la práctica profesional.

¹ Ibidem.

II. OBJETIVOS.

1.- OBJETIVO GENERALE:

1.- Desarrollar un plan de cuidados con base al modelo de Virginia Henderson a partir del Proceso de Atención Enfermería.

2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1.- Valorar el grado de independencia en una paciente con vasculitis secundaria a lupus eritematoso.

2.- Identificar las 14 necesidades básicas del ser humano tomando como recurso la historia clínica de enfermería.

3.-Realizar una planeación de cuidados descubriendo prioridades en la atención y estableciendo así actividades encaminadas a resolver los problemas de salud de un individuo femenino adulto media durante su estancia en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, "Manuel Velasco Suárez".

4.-Prevenir posibles complicaciones que pudieran presentarse durante su estancia en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. "Manuel Velasco Suárez".

5.-Se informara al individuo y a la familia acerca de los factores de riesgo de su problema de salud.

6.-Se evaluara los logros y los no logros de los objetivos aplicados y determinar el grado de independencia.

7.-Se evaluara la eficacia y eficiencia de atención del personal de salud dentro Del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Manuel Velasco Suárez.

8.- Elaborar en coordinación con la persona afectada, la familia y el profesional de enfermería un proceso de atención enfermería para una persona con afectación por Lupus eritematoso sistémico.

III.- METODOLOGIA.

El presente Proceso Atención de Enfermería se aplicó a una mujer adulta medio con Vasculitis secundaria a Lupus Eritematoso Sistémico. Entendiendo que es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficientes al personal que lo requiera y así lograr los objetivos planeados, basándose en el modelo conceptual de Virginia Henderson, el cual consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados que son: La Valoración, los Diagnósticos enfermeros, Planeación de intervenciones y Ejecución de acciones para concluir con la Evaluación baso en las 14 necesidades básicas del ser humano.

Este trabajo se inició en la valoración de la paciente la cual se llevó a cabo en el 2º piso de hospitalización del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez". Y fue durante su ingreso que se llevó la observación y la aplicación de la historia clínica de enfermería, así como la exploración física de la paciente en la cual se definió su estado de salud descubriendo sus necesidades y problemas.

Se realizaron diagnósticos de enfermería y se enlistaron de manera prioritaria, de acuerdo a las necesidades de Virginia Henderson y con ello se estableció el plan de cuidados, tomándose en cuanto en grado de dependencia e independencia y con ello se logró proporcionar de manera integral los cuidados de enfermería a la persona.

Se concientizó a los familiares acerca de los riesgos y complicaciones del padecimiento y la importancia del apoyo de ellos para llevar a cabo el plan de cuidados.

Se recopiló información bibliográfica así como se consultaron fuentes de información primaria y secundaria.

La evaluación fue continua a fin de detectar posibles omisiones en el plan de cuidados y así corregidas oportunamente.

El motivo de la elección de este caso, fue el interés que varios estudios que se le aplicaron a la paciente, y el no ver un resultado del saber lo que estaba pasando; el no poder definir, las manifestaciones que se presentaban, y el solo dar diagnóstico preliminares y no precisos, en una primera parte es que no solo llegan al Instituto solo por problemas Sistema Nervioso, si no que son patologías que dan problemas Neurológicos, y que los modelos y las enfermedades también toman la parte Holística de los seres humanos, y en una segunda parte a mi me tocó trabajar con esta paciente durante su estancia hospitalaria y la facilidad de poder interactuar con ella y su familia, tanto yo y como ellos aprovechamos los recursos del poder enseñarnos a ver este proceso patológico dentro del estado profesional y como personas civiles que somos....

IV.- MARCO TEORICO.

ANTECEDENTES HISTORICOS DE ENFERMERIA.

A la enfermería se le ha denominado la más antigua de las artes y la más joven de las profesiones. Como tal a atravesado por numerosas etapas y a formado parte de los movimientos sociales. Ha sido elemento participe de la cultura de una época, por lo que ha sido modelada y a la que a ayudado ha su desarrollo. La historia de enfermería ha sido una historia de frustración, ignorancia e incomprensión una gran epopeya de triunfos romances, aventuras y desgracias, y lo que es mas importante, ha sido un grupo profesional cuyo estatus siempre ha sido marcado por las pautas prevalentes de la humanidad.¹

La enfermería tiene su origen el cuidado materno de los niños indefensos y tiene que haber coexistido con este tipo de cuidados desde los tiempos más remotos. La palabra inglesa *Nursery* se deriva del vocablo latino *Nutrire* "nutrire" el termino nurse tiene su origen en latín, en el nombre de *nitrix* "madre que cria" A menudo se hacia la referencia a la mujer que amamantaba a un niño que no era su hijo, o sea era ama de cría.

Aunque en el aspecto de la crianza se ha identificado durante mucho tiempo con la enfermería esta se a asociado más a la educación especialmente referente a lo de la crianza y a la instrucción general de niños y jóvenes.²

Así surgieron las palabras de niñera e institutriz que se convirtieron en los títulos de la joven o mujer cuya función consistía en ser enfermera de niños.

Las mujeres debido a ese instinto maternal fueron consideradas enfermeras natas. En consecuencia la imagen de la enfermería como madre amorosa que conforta y cuida intuitivamente sigue siendo muy popular, el instinto del progenitor describe con mayor exactitud que esa fuente de motivación esta presente en ambos sexos, en todas las razas y grupoide edad.

Con el paso del tiempo se puso de manifiesto que el amor y la dedicación no bastaba por si mismo para fomentar la salud o vencer la enfermedad el desarrollo de la enfermería dependía de tres ingredientes esenciales; habilidad, experiencia y conocimiento.

La destreza manual de procedimientos específicos, una realidad incluso de las tribus primitivas siguió perfeccionándose a través de la experiencia. A medida de que dispuso de mayor información

¹ Donaue M. Patricia la enfermería la condición y arte. P 10.

² Sister Charles Marie Frank Desarrollo Histórico de la Enfermería. P 140.

acerca de los males y de la enfermedad, fue sugiriendo una actitud que recalca la necesidad de mayores conocimientos. Conocimientos de los hechos y principios que proporcionarían el impulso a la enfermería de convertirse tanto en un arte como en una ciencia.

El origen de este servicio se relaciona como una fuente de instinto de conservación y protección de la tribu y sus miembros. El amor y el interés de la familia y la tribu se extendió a los vecinos y a los desconocidos, en su forma rudimentaria este esfuerzo de servicio se concretó en el cuidado de los individuos que se enfermaban a medida de que fueron apareciendo civilizaciones más sofisticadas y el cuidado se extendió para incorporar la preocupación por otras necesidades humanas.

Durante su desarrollo atravesó por diferentes etapas. En la India por ejemplo el sagrado libro de Ceilán hace referente a hospitales a brahmanes, que practicaban la medicina la enfermería era práctica de sirvientas y esclavas las cuales deberían tener conocimiento de la preparación de drogas, inteligencia, devoción al paciente y pureza del cuerpo y alma³.

En la época medieval la iglesia transformó al mundo entero con fuerza intelectual y moral fue el equilibrio y freno para las costumbres de los pueblos de los cristianos surgió el amor al prójimo hombre y mujeres que se dedicaron a la enfermería. (Febe, Fabiola, Paula, San Francisco de Asís).

En las cruzadas surgen el adiestramiento militar para enfermeras, surge el primer paso para Instrucciones de escuela de enfermería. El sistema de hospitales fue creado por el pontífice Inocencio III.

La reforma de la época medieval al renacimiento al confiscar las propiedades de la iglesia y desterrar a los religiosos dejó a los enfermos y a los pobres sin que nadie se ocupara de ellos, su estado su tórno miserable y a las personas que se les brindó el cuidado eran rudas e incultas sin devoción ni servicio.

En la época moderna del siglo VII al XX el hombre reemplaza a Dios por el progreso, la independencia y el poder pierde el sentido de relación con sus prójimos. La iglesia analizando con sus autoridades errores propone remedios y entorna a los hombres y a las mujeres a un sólido sentir cristiano preparando así el progreso más notable en los ámbitos de la salud.

Las guerras son fuerzas destructivas para la sociedad y pone en manifiesto las necesidades de los pueblos uniéndose así para mejorar la salud y promover el bienestar general.⁴

³ Sister Charles Marie Frank, Desarrollo histórico de la enfermería. P 240.

⁴ Ibidem p. 350.

La heroína más popular de la guerra de Crimen fue Florencia Nightingale fundadora del sistema moderno para la educación para enfermeras su experiencia le brindo el ímpetu para organizar a la enfermería su método de trabajo consistía en una incansable lectura y recogía datos, observando, provocando y analizando todo aquello que tuviera relación con la enfermería ya fuera noticia procedente de su país o de otros lugares.

Todas las direcciones de enfermería fueron mujeres de un carácter sólido grandes ideales, buena educación que con gran esfuerzo y compromiso personal sacaron a la enfermería de el período de tinieblas en el que se encontraba y la colocaron en un plano de vocación que al hacerlo lograron la reforma de hospitales y el cuidado de los enfermos extendiendo el bienestar aun afuera de las instituciones.

La primera organización en el mundo de enfermeras fue la Real Asociación de Enfermeras Británicas.

En 1896 fue la Asociación Americana De Enfermeras.

En el periodo contemporáneo los avances en la medicina han sido muy importantes por eso la enfermería necesita personal bien calificado que sustente sus conocimientos en hechos científicos,

Desde la segunda mitad de siglo XX la enfermería nos presenta un panorama de hechos que de forma vertiginosa y simultanea han ido cristalizando la enfermería como una disciplina que desde la enseñanza superior debe interiorizar postulados vigentes en el seno de la universidad considerando su situación preperadigmática como punto de partida y estableciendo estructuras de pensamiento y acción.

La necesidad de asegurar cada día en mantenimiento de estas funciones vitales da lugar a un conjunto de actividades indispensables de las que se hacen cargo un conjunto de hombres y mujeres que según los recursos locales se esfuerzan por atenderlas.⁵

⁵ Hernández Conesa Juan. Historia de la enfermería. P 195.

2.- CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA.

La enfermería se ha definido desde hace mucho tiempo como una ciencia y arte y debemos desarrollar una técnica de realización de varios métodos requeridos para dar cuidados al paciente los que ayudara a tener alivio en su dolor físico, de angustia mental y también de tratados espirituales.

ENFERMERÍA:

“La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales” (American Nurses Association).

“Ayudar al individuo enfermo o sano a realizar todas aquellas actividades que contribuyen a la salud, ala recuperación, o a una muerte en paz que podría llevar acabo sin ayuda si tuviese fuerza de voluntad y los conocimientos necesarios”. (Virginia Henderson).

“En una preocupación especial por las necesidades del individuo, pasa las actividades del autocuidado su prestación y tratamiento de forma continua para mantener la vida y la salud y recuperarse de las enfermedades y lesiones y enfrentarse a sus efectos” (Dorotea Orem).

“Es una interacción humana cuyo objetivo es promover la integridad de las personas enfermas o sanas. (Myra Levine).

3.- CONCEPTOS BÁSICOS.

PERSONA:

Se puede definir como un todo formado con la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente, empieza y termina en un punto fijo sin contacto con ninguna otra parte.

Es el ser humano que piensa siente y actúa parte relativamente estable y predecible del pensamiento y conducta. Es un todo integral que funciona biológicamente y socialmente, es una unidad que posee las capacidades, las aptitudes y el poder de llevar a cabo el autocuidado.⁶

CUIDADO:

El concepto CUIDAR es ante todo un acto de vida en el sentido de que cuidar presenta una infinita variedad de actitudes dirigidas a mantener y conservar la vida y permite que esta continúe y se reproduzca.

En enfermería el cuidado es un proceso mutuo entre las personas que lo reciben y la enfermera que responde a sus necesidades de atención con su presencia. Todas las actividades de enfermería que emanan de un compromiso de cuidar una persona y de crear respeto por una condición especial y propia de cada una. Está enfocada a hacia los problemas déficit o las incapacidades de las personas, su intervención consiste en cubrir los déficit y ayudar a los incapacitados (intervenir significa "hacer para" las personas).

Según esto el cuidado va dirigido a mantener la salud de las personas en todas sus dimensiones, salud física, mental y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. La enfermera planifica y evalúa sus acciones en función de las necesidades no satisfechas, se vuelve una consejera experta que ayuda a la persona a escoger sus pensamientos y comportamiento de la salud adaptándolos a un mejor funcionamiento personal e interpersonal más armonioso.

Es indispensable identificar las características de los cuidados, y del servicio de enfermería así como explicar el proceso de los cuidados para así determinar sus competencias en torno a la salud y sea reconocida por los usuarios de los cuidados para que estos sepan lo que puede esperar de ellos y para que los cuidadores puedan valerse de los medios y de las condiciones necesarias para su representación.

A partir de estas características se pueden desempeñar las funciones profesionales basadas en hechos científicos utilizando instrumentos de trabajo elaborados individualmente con el objeto de modificar y optimizar el cuidado.⁷

⁶ García González María De Jesús, El proceso De Enfermería, p13.

⁷ Almazán Martínez Pilar Metodología de los cuidados de Enfermera, p 240.

SALUD:

La salud se define como un estado de integridad de los componentes del sistema biológico físico y social del ser humano, es un estado relativo en el cual es uno capaz de ejercer en forma normal todas sus funciones.

“Todas las personas tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure así como a sus familia la salud y el bienestar” (ONU1948).

“Salud es un estado completo de bienestar, físico, psíquico y no solo la ausencia de la enfermedad social y espiritual” (ONU,1948).

El nivel de salud no es un estado absoluto, sino un proceso dinámico y continuo de la adaptación del individuo al entorno físico y social que lo rodea para mantener el bienestar, es un modo de vida a través del cual las personas desarrollan todas sus capacidades y potencialidades físicas mentales y sociales con el fin de conseguir armonía y bienestar.⁸

ENTORNO:

“Representa el conjunto de factores externos e internos que influyen sobre la decisión de las personas de emprender los autocuidados o sobre la capacidad de ejercerlos, es también una parte integrante de la persona” (Kèrouac 1996).

Son variables que influyen en el estado de salud de una persona sobre sus creencias y conductas y sus prácticas de salud.

Esta constituido por diversos contextos (dimensión cultural, lugares físicos y geográficos, el nivel de vida, las redes de apoyo, familiares y comunidades, la raza, el sexo, la edad, etc.).⁹

⁸ Ibidem p, 241.

⁹ García González Mari de Jesús. El Proceso De Enfermería p. 14-15.

4.-PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

La importancia de este trabajo nos permite el conocimiento de la evolución de enfermería desde sus orígenes el cual esta lleno de desafíos y oportunidades, y es donde la actividad de enfermería al desarrollarse los sistemas de salud busca conocimientos, técnicas y practicas para llevar acabo su labor. Se trata de enfoque deliberativos para la resolución de problemas que exigen habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del paciente o del sistema familiar.

Antecedente históricos:

El Proceso de enfermería ha evolucionado a través de las décadas se ha notado que el profesional de enfermería se ha preocupado por el estudio, comprensión y aplicación de modelos conceptuales lo cual ha sido un avance importante para la aplicación del Proceso De Enfermería.

Cinco pasos con la naturaleza compatible de la profesión Llal (1995) lo describió por primera vez como un proceso distinto, Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiendenbach (1963), desarrollaron un proceso distinto de tres fases diferentes que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967 Yura y Walsh fueron los primeros autores del texto que describían un proceso de cuatro fases valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de los años setentas, Bloch (1974), Roy (1975, Mundingetr y Juaron (1975), Aspinall añadieron la fase diagnostica dando un proceso de cinco fases.

Todo método de proceso atención de enfermería es un nuecero de pasos sucesivos que se relacionan entre si, se estudia por separado pero en la puesta a la practica se superponen.

Etapas del Proceso Atención de Enfermería:

Virginia Henderson considera que el proceso de enfermería ,se divide en las siguientes etapas:

- ❖ Valoración.
- ❖ Diagnóstico.
- ❖ Planeación.
- ❖ Ejecución.
- ❖ Evaluación.

Valoración:

Es la primera etapa del proceso de enfermería dado que las decisiones y las actividades de

enfermería se basan en la información reunida. Durante esta fase reúne la información para determinar el grado de salud del paciente, en esta etapa de vital importancia la recogida de datos la cual incluye las siguientes actividades:

- Obtención.
- Validación.
- Organización de datos.
- Identificación de modelos.

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, de desarrollo y espirituales.

Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y las limitaciones de las personas a ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de salud, ignorara cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente y estos son:

- 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 y la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran durante el proceso.

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

- Habilidades: En la valoración se adquieren con la utilización de los métodos procedimientos que se hacen disponibles con la toma de datos.

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

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

- Diferenciar entre signos y e indiferencia y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que

uno percibe a través de el uso de sentidos y una indiferencia en un juicio o interpretación de estos signos. Las enfermeras a menudo hacen indeferencia extraídas con pocos o ningún signo que las apoye pudiendo dar como resultado cuidados inadecuados. ¹⁰

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la practica, la enfermera adquiera un habito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniéndola máxima información en el tiempo disponible de la consulta de la enfermera la sistemática a seguir puede basarse en los siguientes criterios:

- ❖ Criterios de la valoración siguiendo un orden cèfalo-caudal: sigue el orden de la valoración de los siguientes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza a las extremidades, dejando al final la espalda de forma sistemática.
- ❖ Criterios de la valoración por sistemas y aparatos: se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema y 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 y la familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial donde debemos buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores tomaremos en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecidos.
- Obtención de nuevos datos que nos confirmen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología). Y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas y relaciones interprofesionales.
- Convicción (ideas, creencias, etc.)
- Capacidad creadora.

¹⁰ García González Maria de Jesús, El proceso de enfermería p 22-23.

- Sentido común.
- Flexibilidad.

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias, en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice, lo que la persona siente o percibe. Solamente el afectado lo describe o lo verifica. (Sentimiento).
- Datos objetivos: se pueden medir con cualquier escala o instrumento (cifras tensionales, frecuencia cardíaca, etc.)
- Datos históricos (antecedentes): son aquéllos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). nos ayuda a referenciar hechos pasados.
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para la obtención de 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, esta puede ser formal e informal. (La entrevista formal consiste en la comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia clínica de el paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre la enfermera y el paciente durante el curso de los cuidados.¹¹

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, estas son:

- Obtener la información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planeación de cuidados.
- Facilitar la relación enfermera-paciente.

¹¹ Ibidem p 44.

- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudar a la enfermera a saber que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista cuenta con tres partes que son la iniciación, cuerpo y cierre:

- **Iniciación:** comienza con una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- **Cuerpo:** es la finalidad de la conversación en esta parte se centra la obtención de la información necesaria. Comienza a partir de el motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía en otras áreas como el historial médico, información de la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados y no estructurados o semiestructurados para la recogida sistemática y lógica de la información pertinente del paciente.
- **Cierre:** Es la etapa final de la entrevista no se debe introducir temas nuevos, es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para las primeras pautas de la planeación.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, imágenes y la presencia de terceras personas, las cuales pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos.

Existen Tres tipos de interferencias:

- **Interferencia cognitiva:** consiste en el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.
- **Interferencia Emocional:** es frecuente y consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador, los estados emocionales externos como la ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave. Etc.
- **Interferencia social:** En este caso las diferencias sociales con llevan al personal una menor conexión emocional a una menor implicación, y prestar información del paciente.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permitir tener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se a comprendido de las respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar la información.
- Las frases adicionales, estimulan la continuidad de el proceso verbal de la entrevista.
- Las técnicas no verbales: facilitan y aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor afectividad incluso de las palabras habladas, las cuales las más usuales son:

- Expresiones faciales
- La forma de estar y la posición corporal
- Los gestos
- El contacto físico
- La forma de hablar.

Para finalizar la entrevista y siguiendo los pasos de Briggs, J (1985) y Gazada G.M. (1975) concretamos las cualidades que debe tener un entrevistador empatía, calidez, concreción, respeto y autenticidad.

- ✓ Empatía: entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Borrel (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, sino que es necesario transmitirle comprensión. La empatía pues constata de dos momentos, una en la que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente y otro en el que da entender que la comprende.
- ✓ Calidez: es la proximidad efectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa a nivel no verbal.
- ✓ Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema lo atañe y que se preocupa por el preservando su forma de pensar sus valores ideológico y éticos, Borrell (1989). En las palabras de Cibanal (1991) implica una aprensión de la dignidad y valor del paciente y reconocimiento de la persona.
- ✓ Concreción: Es la capacidad de el entrevistador para delimitarle los objetivos mutuos y compartirlos en la entrevista, Borrell (1989).
- ✓ Autenticidad: esta supone que “uno es el mismo cuando lo que dice esta acorde a sus sentimientos”.

❖ La Observación:

El primer encuentro del paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente

Es el segundo método básico de la 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 el entorno, así como la interacción entre tres variables: La observación es una habilidad que precisa de la práctica y disciplina, los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.¹²

❖ La Exploración Física:

La exploración física se centra en: determinar la profundidad de la respuesta de la persona en el

¹² García González María De Jesús, El proceso de Enfermería p 44.

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. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- 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 Somatometría).
- Palpación: Consiste en la utilización de 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 los órganos en el abdomen, movimientos corporales y la exploración facial son los datos que nos ayudaran a la valoración.
- Percusión: implica el dar golpe con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonido que podemos diferenciar son: sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos, Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo, hipersonoros: aparecen cuando percutimos el pulmón lleno de aire y tímpano se encuentra al percutir en el estomago lleno de aireo un carrillo de la cara
- Auscultación: consiste es escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo; se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras del pulmón, corazón e intestino.

Una vez descritas las técnicas de exploración pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico:

- Desde la cabeza hasta los pies: este enfoque comienza desde la cabeza y termina en forma sistemática y simétrica hacia abajo a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por sistemas corporales y aparatos, nos ayuda a especificar en que sistemas necesitamos más atención.
- Por patrones funcionales de salud, el examen físico, permite la recogida ordenada para centrarlas en áreas funcionales concretas de las alteraciones.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquier método que se utilice.¹³

Diagnóstico.

Se trata de una fase de enorme importancia, pues es en ella donde se utilizan los datos para identificar los diagnósticos y problemas de enfermería que constituyen la base del plan e cuidados. Es necesario identificar los problemas antes de planificar los cuidados de enfermería (Alfaro 1988).

¹³ www.altavista.com.mx.

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.¹⁴

“ El diagnóstico de enfermería no es un juicio clínico sobre las respuestas el individuo, familia o comunidad a los problemas potenciales de la salud. Los diagnósticos de enfermería aportan bases para la selección de las actuaciones de enfermería, para conseguir los resultados por los que la enfermera es responsable”. (NANDA, 1990).

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

El diagnostico de enfermería se basa en necesidades y problemas, es individualizado u específico, esta sujeto a modificaciones según el estado de salud o enfermedad de la persona, descubre los efectos de (los síntomas u estados patológicos) sobre las actividades de las personas y su forma de vida, su redacción puede ser descriptiva, predicativa o explicativa.¹⁵

Tipos de diagnóstico:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de tres tipos:

- Real
- Potenciales
- Posibles.

- ✚ Diagnóstico real: es el que reúne todos los datos que se requieren para confirmar su existencia.
- ✚ Diagnóstico potencial: es el que no esta presente en el momento de la valoración, pero existen suficientes factores que propicien el que se presenten posterior.
- ✚ Diagnóstico Posible: Se le da la categoría cuando los datos recogidos de la valoración. Nos indica la posibilidad de que esta presente, pero faltan datos para confirmarlo o destacarlo”.¹⁶¹⁷

Formulación del diagnóstico: Cada diagnóstico de enfermería consta de tres partes:

- La primera comprende el enunciado y el diagnóstico se refiere a la alteración, dificultad o situación problemática que se recopilo en la fase de la valoración el cual trata de prevenir o

¹⁴ García González Maria De Jesús, El proceso de enfermería. P 31.

¹⁵ Rosales Barrera Ob Cit, p 20.

¹⁶ García González Maria De Jesús, el proceso de enfermería p 32-33.

¹⁷ Alfaro Rosalinda Aplicación del Proceso Atención de Enfermería p, 77-79.

corregir mediante pertinentes objetivos de la intervención terapéutica, aunque existen diagnósticos que contemplan situaciones o patrones de normalidad.

- La segunda corresponde a los factores relacionados o sea a la etiología presumible, y estos pueden ser elementos internos o externos (fisiológicos, medioambiente, socioculturales, psicológicos o espirituales).
- El tercero corresponde a los signos y síntomas que presenta la persona.

Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- 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.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones en 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 colaborar con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.
- 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. Son los Diagnósticos de Enfermería.

Los pasos que se deben de seguir para la elaboración de diagnósticos de enfermería son:

- Análisis de datos.
- Identificación de los problemas de salud y elaboración de diagnósticos de enfermería.
- Identificar los problemas relacionados.
- Identificación de necesidades.

Planeación:

En esta etapa se desarrolla el plan de intervención de enfermería en donde se determina prioridades y se establece objetivos incluirá también las actividades del paciente y su familia para lograr los objetivos que se han establecido.¹⁸

Esta etapa del proceso atención enfermería esta encaminada a planificar las estrategias para prevenir y minimizar o corregir los problemas identificados durante la valoración y el diagnóstico, la planeación incluye las siguientes actividades:

- Establecimiento de prioridades.

¹⁸ Ibidem. Pag. 37

- Identificación de objetivos.
- Planeación de enfermería.

Establecimiento de prioridades:

Requiere de un orden de prioridad entre las necesidades identificadas, además se facilita con la jerarquía de las necesidades de Maslow.¹⁹

- 1.- Problemas que amenazan la vida y que interfieren con las necesidades fisiológicas (problemas con la respiración, circulación, nutrición, hidratación, eliminación, regulación de la temperatura y bienestar físico).
- 2.- Problemas que interfieren con el amor y la pertenencia (el aislamiento o la pérdida de un ser querido).
- 3.- Problemas que interfieren con la autoestima (incapacidad para lavarse el pelo o para realizar actividades de la vida diaria).
- 4.- Problemas que interfieren con la seguridad y protección (peligros ambientales, miedo).
- 5.- Problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales.²⁰

Identificación de objetivos:

A partir de tal jerarquización pueden estipularse los objetivos que deben perseguir los cuidados de enfermería para solventar los problemas de la persona.

El objetivo permite conocer específicamente lo que debe lograrse., el cual describe el resultado futuro de una acción particular. Que permita identificar el, que, como, cuando y quien del actuar de la enfermera y el paciente.

Los objetivos determinan todos los cambios deseables en su estado de salud, y los beneficios que obtienen con los cuidados de enfermería.

Por cada diagnóstico de enfermería que se identifique el plan de cuidados se elaborara un objetivo centrado en el paciente. Los cuales se clasificaran de acuerdo a los aspectos, cognitivos, afectivos y psicomotor de individuo los cuales según el modelo de Virginia Henderson corresponden a las áreas problemas de conocimiento, voluntad, fuerza.

Cada objetivo debe tener los siguientes componentes.

- Sujeto: ¿Quién es la persona que se espera que logre el objetivo?
- Verbo: ¿Qué acciones debe hacer la persona para demostrar que ha logrado el objetivo?
- Condición: ¿Bajo que circunstancias tiene que realizar la persona sus acciones?
- Criterio: ¿En que medida debe realizar la persona su acción?

¹⁹ Alfaro Leverage; Rosalinda Ob. Cit p 61.

²⁰ Ibidem p 62.

❖ *Plan de cuidados de enfermería:*

Son todas aquellas acciones de enfermería en las que se propondrá fomentar el bienestar físico, psicológico o espiritual en el individuo y así prevenir posibles complicaciones, incluyen las actividades de educación para el paciente y su familia, además de ser un instrumento de comunicación y unificación de las intervenciones del equipo de salud, ya que en él se planean problemas, objetivos, oraciones y repuestas, y por lo tanto es el que dirige el actuar de la enfermera para asistir al paciente en la solución de problemas o para cubrir sus necesidades.

La cooperación de la propia persona en la realización del plan de atención, ya que es importante para la estipulación de prioridades o como la determinación de los cuidados oportunos al igual que el de los familiares, ya que pueden colaborar de una manera activa y eficaz se hace participe del plan de actuaciones.

Se centra en los diagnósticos de enfermería con los siguientes propósitos:

- ❖ Dirigir los cuidados de enfermería.
- ❖ Dirigir las anotaciones.
- ❖ Registro único del plan de cuidados individualizados.²¹

Ejecución:

Es la aplicación real del plan de atención de enfermería elaborado previamente y cuya meta es conducir al paciente hacia la óptima satisfacción de sus necesidades. En esta etapa la relación enfermera-paciente adquiere su máxima significación ya que tiene la responsabilidad de enseñar a la persona la información y habilidad que necesita saber para ejecutar el plan de atención.

Existen diferentes situaciones en el que la persona y la familia pueden intervenir en el cuidado, aun en un primer tiempo los cuidados quedan exclusivamente en manos de el personal de enfermería (dependiente), y a medida de que la evolución vaya siendo positiva la persona ira adquiriendo capacidad para satisfacer sus necesidades (independiente).²²

- Validación del plan de atención: El plan de cuidados no es fijo sino flexible y esta debe estar bien redactada, ya que de esto dependerá el éxito de la atención a la persona.
- Fundamentación y razonamiento científico: La fundamentación científica describe y explica la base de los cuidados, además de basarse en teorías y modelos, esquema y principios científicos de las ciencias naturales, de la conducta y de las humanidades.
- Brindar cuidados de enfermería: Una vez teniendo el fundamento científico se estructura el cuidado que se brindara a la persona. Sin embargo, en ocasiones pueden presentarse situaciones que interfieren en la ejecución, puesto que se continúa obteniendo información sobre el estado de la persona y ello puede imponer una modificación o complementación de estrategias.
- Continuidad del cuidado: La ejecución de un plan de atención de enfermería, contribuye a la continuidad del cuidado de la persona, ayuda la habilidad consistente de la atención de la

²¹ García González Maria de Jesús p, 38-41.

²² Ibidem, p 43-44.

enfermera, facilitando la identificación de las metas y los objetivos a corto y largo plazo logrados y apoya en una lista de preferencia o expectativas de la persona que propone enfoques de atención.²³

- Registro de enfermería: Puesto que los registros de enfermería tienen varias funciones importantes, nunca remarcaremos el suficiente valor de unas anotaciones exactas y relevantes, los registros de enfermería sirven para:
 - Facilitar la comunicación entre los profesionales de los cuidados de salud.
 - Ayudar a identificar patrones de respuesta y cambios en el estado del paciente.
 - Proporcionar bases para la evaluación, las investigaciones y la mejoría del plan de cuidados.
 - Crear un documento legal que más tarde se pueda utilizar en un juicio para evaluar el tipo de cuidados proporcionados, los registros pueden ser el mejor amigo o el peor enemigo.
 - Sirve como validación para la compañía de seguros. "si no está escrito, no está hecho".

Evaluación:

Aquí se concluye el proceso de atención de enfermería, es en esta fase donde se determina hasta qué punto alcanzaron los objetivos y los resultados de las intervenciones del plan de atención, fueron si negativos o positivos. Además debe tomarse en consideración las reacciones de las personas o los cuidados y su grado de satisfacción.

La evaluación tiene como propósito:

- Determinar el adelanto del paciente para alcanzar sus metas u objetivos establecidos.
- Juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería.

²³ Reyes Gómez, Fundamentos de Enfermería p. 213-217.

5.- MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson nos insita a centrar nuestro cuidado en las necesidades de la persona sana o enferma en la familia y comunidad mediante el Proceso de Atención de Enfermería el cual es un método sistemático y organizado que nos permita conocer y valorar las necesidades del paciente y sus posibles alteraciones para así poder modificar y evaluar los resultados de los cuidados aplicados.

Antecedentes de Virginia Henderson:

Virginia Henderson nació en 1.897 en Kansas City, Missouri, pasó su infancia en Virginia ya que su padre era abogado de Washington.

Durante la primera guerra mundial desarrolló su interés por la enfermería. En 1.918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera domiciliaria en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.

En 1922 empezó a enseñar enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Se da cuenta que le falta preparación para enseñar aquellos conocimientos que quería impartir y cinco años más tarde entra en el Teacher's College de la Universidad de Columbia donde consecutivamente obtuvo los grados de Bachelor of Science y Master of Arts, con especialización en docencia de Enfermería.

En 1929 trabajó como directora docente en las clínicas de Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. En 1930 volvió al Teacher's College como miembro del profesorado para impartir cursos sobre el proceso analítico en enfermería y práctica clínica hasta 1948.

Virginia Henderson realizó importantes contribuciones a la enfermería en sus más de 60 años de servicio como enfermera, profesora, autora e investigadora. Ha publicado numerosas obras a lo largo de esos años. Su definición de la enfermería apareció por primera vez en 1955 en la cual indica que " La única función de la enfermera es atender al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o bien a una muerte tranquila) y que el podría realizar con ayuda de su fortaleza, voluntad o conocimientos necesarios, haciendo esta de tal forma que la ayude a conseguir independencia lo más rápido posible".

En el Nature of Nurge señala las 14 necesidades básicas de los pacientes los cuales constituyen los elementos de la atención de enfermería: respiración, comida y bebida, eliminación, movimiento, reposo y sueño, vestido, temperatura, limpieza corporal, seguridad, comunicación, religión, ocio, trabajo, y aprendizaje. Identifica tres niveles de relación enfermera-paciente, en las que la enfermera es:

- Sustituto de alguien importante para el paciente.
- Una ayuda para el paciente.
- Un compañero.

Apoya una comprensión empática y dice que la enfermera necesita "introducirse en la piel a cada uno de sus pacientes para saber lo que necesita"

Henderson: "Considera que la labor de la enfermera es interdependiente con otros profesionales de la salud y compara al equipo con las porciones de un diagrama sectorial, dependiendo del tamaño del diagrama es el tamaño de las necesidades de la persona. El objeto es que el paciente represente cada vez mayor porción del diagrama a medida de que aumenta su independencia".

Postulados:

- ❖ Todo ser humano tiene a la independencia la desea.
- ❖ El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- ❖ Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está completó. "independiente".

Valores:

- La enfermera tiene funciones que le son propias.
- Cuando la enfermera usurpa la función de el médico, cede a su vez, sus funciones a personal no calificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio muy especial que ninguno otro trabajador le puede prestar.

Necesidades Fundamentales:

Henderson se fundamenta en la presencia de un ser con ciertas exigencias fisiológicas y aspiraciones, que ella denomina, necesidades fundamentales. Una necesidad fundamental es una necesidad vital y esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preparación física y mental.

Independencia y dependencia de la satisfacción de las necesidades fundamentales.

Para mantener un equilibrio fisiológico y psicológico el paciente debe alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades. Si es capaz de responder de forma conveniente, por medio de acciones o comportamientos adecuados que el mismo realiza (o lo que realizan otros por él de forma normal según su fase de crecimiento y desarrollo).

Independencia:

Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que el sujeto realiza por sí mismo, sin ayuda de otros.

Dependencia:

Incapacidad de el sujeto para adoptar comportamientos o realizar acciones apropiadas que le permita satisfacer por sí mismo sus necesidades. Esta incapacidad se genera manifestando signos o síntomas observables que indican una o varias necesidades insatisfechas.

Fuentes intrínsecas de dificultad provienen del propio individuo, es decir que son causadas por factores orgánicos, genéticos y fisiológicos propios del sujeto.

Fuentes extrínsecas de dificultad comprenden los agentes exteriores que, en contacto con el organismo, dañan el desarrollo normal de sus funciones o la conducen a reaccionar de tal forma que constituyen un problema para el sujeto.

Necesidades básicas del individuo “Virginia Henderson”

Henderson Precisa su conceptualización, cada persona se configura como un ser humano único complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que deben satisfacer para mantener su integridad y promover su desarrollo y crecimiento.

1. Necesidad de oxigenación.
2. Necesidad de comer y beber adecuadamente.
3. Necesidad de eliminar por todas las vías
4. Necesidad de moverse y mantener la debida postura
5. Necesidad de dormir y descansar
6. Necesidad de seleccionar la ropa adecuada, a vestirse y Desvestirse
7. Necesidad de mantener la temperatura del cuerpo dentro de Los límites normales, por medio de ropas adecuadas y la Modificación de la temperatura ambiente
8. Necesidad de mantenerse limpio, aseado y proteger la piel
9. Necesidad de evitar los peligros ambientales y los daños a Otras personas
10. Necesidad de comunicarse con otros para expresar Emociones, necesidades, temores, o “sensaciones”
11. Necesidad de practicar su religión
12. Necesidad de trabajar en algo que de la sensación de utilidad
13. Necesidad de jugar o participar en diversas formas de recreo
14. Necesidad de aprender a satisfacer la curiosidad, afán que. Conduce al desarrollo normal de la salud

❖ NECESIDADES DE OXIGENACION.

El oxígeno es esencial para la vida., todas las células del cuerpo las necesitan y algunas son mas sensibles a su carencia que otras. Las células nerviosas son parcialmente vulnerables, unos minutos de supresión graves de oxigeno pueden causar daño irreversible a las células cerebrales.

Una persona cuyas necesidades de oxigeno se satisfacen en forma adecuada, normalmente no se dan cuenta del fenómeno de la respiración.

Cuando una persona tiene dificultades para satisfacer sus necesidades de oxígeno que de inmediato sus respiraciones e intenta controlar sus frecuencia y profundidad.

Factores que influyen esta necesidad:

- Biofisiológicos: edad, alineación corporal, talla corporal (relación talla y peso), nutrición e hidratación, sueño reposo, ejercicio, función cardiaca, función respiratoria, estado de red vascular (arterial y venosa).
- Psicológicos: emociones, ansiedad/estrés, inquietud, irritabilidad, etc.
- Socioculturales: influencias familiares y sociales, entorno físico próximo, entorno físico de la comunidad.

Observaciones:

- Signos vitales, ruidos respiratorios, movimientos de tórax, secreciones, tos, estado de las fosas nasales, aleteo nasal, color de la piel y mucosas, temperatura de la piel, circulación del retorno venoso.
- Dolor asociado con la respiración, dificultad respiratoria.
- Estado de conciencia, existencia de agitación.
- Calidad del medio ambiente: polución, humedad, sistema de ventilación corriente de aire, espacios verdes.

❖ NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATAACION.

Una persona no puede vivir mucho tiempo sin recibir alguna forma de nutrición. El alimento es el combustible con que funciona el cuerpo del hombre. Es necesario para el crecimiento, la conservación de los huesos y otros tejidos para regular los procesos corporales.

El sistema de líquidos tiene un papel esencial en el cuerpo sus principales funciones son. Transporte de oxígeno y nutrimentos a las células y eliminación de los productos de desecho de las mismas, conservación de un ambiente físico y químico estable para el cuerpo.

Factores que influyen es esta necesidad:

- Biofisiológicos: edad, talla, constitución corporal y patrón de ejercicio.
- Psicológicos: emociones, sentimientos y pensamientos en torno a la comida y bebida.
- Socioculturales: influencias familiares y sociales (hábitos de aprendizaje), status socioeconómico, entorno físico, religión, trabajo (honorarios, tiempo disponible entre comidas, comer solo o acompañado).

Observaciones:

- antropometría (peso, talla, pliegues de la piel, diámetro del brazo), estado de la piel, mucosas, uñas y cabello; funcionamiento neuromuscular y esquelético, aspecto de los dientes y encías; capacidad para masticar y deglutir, funcionamiento de tacto digestivo.
- En caso de heridas, tiempo de cicatrización.
- Dolor, ansiedad estrés, trastornos del comportamiento, disminución de la energía apatía, debilidad, irritabilidad, trastornos de la conciencia y agitación.
- Condiciones del entorno que faciliten o dificulten la satisfacción de esta necesidad.

❖ NECESIDADES DE ELIMINACION.

Durante el proceso de la digestión, los alimentos y líquidos ingeridos se mezclan y se procesan; se seleccionan y se absorben los nutrientes utilizados por los tejidos del cuerpo y se elimina los que no son procesados mediante los productos de desecho de la digestión

Para que el cuerpo conserve su funcionamiento eficaz debe eliminar los desechos; hay cuatro medios principales para eliminarlos: por vías urinarias (orina), por el tubo digestivo (heces), por la piel (sudor), y por los pulmones (aire espirado).

Factores que influyen en esta necesidad:

- Biofisiológicos: edad, nivel de desarrollo, nutrición e hidratación y ejercicio.
- Psicológicos: emociones, ansiedad, estrés, estado de ánimo,
- Socioculturales: Organización social, estilo de vida, hábitat, entorno adecuado, influencia familiar y social, clima.

Observaciones:

- Orina: coloración, olor, cantidad, , Ph, frecuencia, densidad, presencia de proteínas, sangre, glucosa y cuerpos cetónicos.
- Heces: color, olor, consistencia, frecuencia, presencia de sangre, y constituyentes anormales.
- Sudor: cantidad y olor.
- Menstruación: cantidad, aspecto, color y olor.
- Estado del abdomen y periné.
- Estado de conciencia, cambios del patrón del sueño y del comportamiento, capacidades sensoriales, preceptuales, neurológicas y motrices.
- Condiciones del medio que ayudan o dificultan la satisfacción de esta necesidad.

❖ NECESIDADES DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Moverse y mantener una buena postura es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo, la circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.

Factores que influyen en esta necesidad:

- Biofisiológicos: Constitución y capacidad física (nivel de energía individual) edad, crecimiento y desarrollo físico.
- Psicológicos: Emociones, personalidad de base y estado de ánimo.
- Socioculturales: Influencia familiares y socioculturales, hábitos de aprendizaje, raza, creencias y costumbres, rol social, organización social, tiempo dedicado a la actividad, ejercicio, hábitos de ocio, trabajo entorno físico lejano (clima, temperatura, altitud) entorno físico próximo (temperatura, mobiliario, barreras ambientales).

Observaciones:

- Estado del sistema músculo-esquelético (fuerza o debilidad muscular, firmeza de la marcha, tono muscular, gama de movimientos, postura adecuada del pie, sentado y acostado), necesidad de ayuda para la deambulación y/o mantenimiento de una posición correcta, coordinación voluntaria, presencia de temblores, ritmo de movimientos, constantes vitales.
- Estado de apatía, postración, estado de conciencia, estados depresivos, estados de sobre excitación, agresividad.

❖ NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Dormir y descansar es una necesidad para todo ser humano, que debe llevar a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen funcionamiento del organismo.

El descanso implica la liberación de la tensión emocional y las molestias físicas.

El sueño es un periodo de disminución de la viveza mental y la actividad física que forma parte del patrón diario rítmico de todos los seres vivos.

Factores que influyen en esta necesidad:

- Biofisiológicos: edad, ejercicio, alimentación e hidratación.
- Psicológicos: estado emocional, ansiedad, estrés, estado de ánimo y las características del sueño.
- Socioculturales: influencias familiares y sociales, hábitos de aprendizaje, normas sociales, prácticas culturales, siesta, trabajo, entorno, próximo o del hábitat (iluminación, ruido, colores, mobiliario), entorno lejano (clima, altitud, temperatura), creencias, valores, estilo de vida (horario de trabajo), etc.

Observaciones:

- Nivel de ansiedad, estrés, lenguaje no verbal (ojeras, postura, bostezos, concentración y atención), estados que presentan los ojos, enrojecimiento, hinchazón), expresión de la irritabilidad o fatiga, dolor, inquietud, laxitud, apatías y cefaleas.
- Estado de la conciencia y respuesta a estímulos.
- Condiciones del entorno que ayudan o impiden la satisfacción de las necesidades (sonido, luz, temperatura, adaptación de la cama, colchón, almohada y ropa, debido a la talla o situación de la persona).

❖ NECESIDAD DE USAR PRENDA DE VESTIR ADECUADAS.

Vestirse y desvestirse es una necesidad del individuo, este debe llevar prendas adecuada según las circunstancia, para proteger su cuerpo del rigor del clima (frío, calor, humedad) y permite la libertad de movimientos en ciertas sociedades, el individuo se viste por pudor, si la ropa permite asegurar el bienestar y proteger la intimidad sexual de los individuos representa también el pertenecer a un grupo o una ideología estatus social, la ropa puede también convertirse en un elemento de comunicación por la atracción que suscita entre los individuos.

Factores que influyen en esta necesidad:

- Biofisiológicos: edad, desarrollo psicomotor, talla corporal, tipo de actividades.
- Psicológicos: emociones. (alegría, tristeza, ira, etc.), personalidad de base, estado de animo y autoimagen.
- Socioculturales: Influencia familiares (hábitos, aprendizajes), status sociales, trabajo, cultura (moda, pertenecía de un grupo social, actitudes de reserva y pudor), creencias (uso de color negro para expresar el duelo), religión, significado personal de la ropa, entorno próximo (temperatura del hábitat), entorno lejano (clima, temperatura, medio rural o urbano).

Observaciones:

- Edad, peso, estatura, sexo, capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse.
- Utilización incontrolada de vestirse y desvestirse (negativa exhibicionismo desinterés, rechazo frente a la necesidad, apropiarse de las prendas de vestir de otros).
- Vestido incompleto, descuidado, sucio o inadecuado para la situación. Tipo y cantidad de accesorios.
- Condiciones del entorno (espacio para guardar la ropa limpia o sucia, para lavar y secarla).

❖ NECESIDAD DE TERMORREGULACION.

La temperatura superficial del cuerpo varía con los cambios ambientales, ha desarrollado la capacidad para modificar su ambiente inmediato a fin de obtener la temperatura ambiental ideal para él, los mecanismos de regulación corporal conservan un equilibrio entre su producción y su pérdida.

En condiciones de buena salud diversas actividades y procesos fisiológicos normales afectan la temperatura corporal.

Factores que influyen en esta necesidad:

- Biofisiológicos: edad, sexo ejercicio, tipo de alimentación, ritmos cardiacos.
- Psicológicos: ansiedad, emociones.
- Socioculturales: entorno físico próximo (casa, lugar de trabajo), entorno físico (clima, altitud, temperatura), raza, lugar de origen, status económico.

Observaciones:

- Constantes vitales, coloración de la piel, transpiración, temperatura ambiental.
- Irritabilidad, apatía.
- Condiciones del entorno físico próximo que ayuden o limiten la satisfacción de esta necesidad (sistemas de calefacción, control sobre ellos, etc.)

❖ NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.

La higiene significa las medidas que toma una persona para conservar su piel y apéndices (pelo, uñas, dientes, boca, buen estado general).

La piel sana, sin alteraciones es la primera línea de defensa para el cuerpo contra lesiones e infecciones de los tejidos subyacentes. La buena salud de los dientes y encías es esencial para la buena nutrición.

En toda cultura el baño y aliño personal son importantes para conservar una buena salud.

Factores que influyen en esta necesidad:

- Biofisiológicos: edad, desarrollo, alimentación, ejercicio movimiento, temperatura corporal.
- Psicológicos: emociones, estado de ánimo, inteligencia, autoimagen, psicomotricidad.
- Socioculturales: cultura, educación, corrientes sociales, modas (productos de belleza), organización social, (casa, lugar de trabajo), influencias familiares (hábitos y aprendizajes), ambientes lejano, (clima, temperatura ambiental).

Observaciones:

- Capacidad de movimiento, estado de la piel (color, textura, turgencias, presencia de manchas, temperatura, humedad, lesiones), estado del cabello, uñas, orejas, nariz, boca, ojos (aliento, dientes, etc.), mucosas, olor corporal.
- Expresión facial, corporal de confort, efectos de baño y ducha (relajación física y psicológica).
- Condiciones del entorno (equipamiento y material adaptados a las necesidades individuales y hábitos personales).

❖ NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

La conservación y mejoría del ambiente se ha constituido una meta principal de las acciones del hombre para su supervivencia y bienestar. La vastedad y la urgencia de la labor imponente de cada individuo y todo grupo profesional, la responsabilidad de participar en los esfuerzos para salvaguardar el ambiente del hombre, conservar los recursos del mundo, estudiar como afecta el uso y como es posible evitar los efectos adversos.

Las enfermedades toman a las personas más vulnerables mas aun si presentan accidentes y lesiones.

Factores que influyen en esta necesidad.

- Biofisiológicos: edad etapas del desarrollo, mecanismo de defensa fisiológicos (termorregulación, sistema inmunológico), estabilidad psicomotora.
- Psicológicos: mecanismos de defensa, métodos de afrontamiento, (competencias personales), estrés, estabilidad psíquica, personalidad de base, emociones y diferentes estados de animo.
- Socioculturales: sistema de apoyo familiar, social y cultural, religión educación, status socioeconómicos, rol social, estilo de vida, organización social, valores y creencias, entorno lejano (clima, temperatura, humedad, ruido, etc., entorno próximo (iluminación, mobiliario, ruidos, etc.)

Observaciones:

- Integridad neuromuscular, de los sentidos y del sistema inmunológico.
- Ansiedad, falta de control, falta de habilidades de afrontamiento, laboral aspecto descuidado, inhibición desconfianza, agresividad, alteraciones de la sensorio-percepción, o en la conciencia originadas por sobre-exposición a estímulos o por desprivación, interacción con personas significativas, comportamientos peligrosos.
- Autoconcepto, autoestima, (si protege o evita mirar o tocar zonas de su cuerpo, armonía en el aspecto físico), existencia de cicatrices, deformidades congénitas o no, alteraciones en el funcionamiento del cuerpo.
- Condiciones del ambiente próximo (temperatura, humedad, iluminación, barreras ambientales, suelo encerado, mojado, banderillas en la cama, etc.) salubridad del ambiente lejano (alcantarillas polución).

❖ NECESIDAD DE COMUNICARSE CON SU SEMEJANTE.

La comunicación es el proceso por el cual una persona transmite sus pensamientos, sentimientos e ideas a otra.

Es un medio que permite al individuo comprender a otro, aceptar y ser aceptado, transmitir y recibir información, dar y recibir instrucciones, enseñar y aprender. La enfermera se comunica con el paciente y el enfermo con ella.

Factores que influyen en esta necesidad:

- Biofisiológicos: integridad de los órganos de los sentidos, edad, etapas del desarrollo.
- Psicológicos: inteligencia, percepción, conciencia atención orientación), carácter, estados de ánimo, humor de base, autoconcepto, pensamiento.
- Socioculturales: entorno físico próximo (personas, lugares), entorno físico lejano (vías de acceso, viviendas aisladas), cultura status sociales, rol, nivel educativo, influencias familiares y socioculturales (hábitos y aprendizajes, valores y creencias de la familia-grupo social), profesión.

Observaciones:

- Estados de los órganos de los sentidos (en caso de prótesis, educación de estas) y del sistema neuromuscular.
- Dificultad respiratoria, fatiga y debilidad.
- Comunicación verbal (directa y abierta, poco clara o evasiva) habilidades de comunicación acertividad, etc. Barreras idiomáticas, dificultad de la fonación (tartamudeo, balbuceo), comunicación no verbal (contacto visual, lenguaje corporal, gestos, tono de voz, no verbal congruencia de la voz, expresión de sentimientos por el tacto), utilización de la expresión escrita.
- Calidad y cantidad de las interacciones con la familia y las personas del entorno (facilidad de la expresión de los entendimientos y pensamientos, pertenencia a grupos, relaciones armónicas con la familia, grupos, etc.).
- Actitudes facilitadoras de la relación (confianza, receptividad, empatía, compromiso, concreción y disponibilidad).
- utilización de los mecanismos de defensa (negación, inhibición, agresividad, hostilidad, desplazamiento, etc.).
- Condiciones del entorno que ayudan o limitan la satisfacción de esta necesidad (sonorización, luz, intimidad, compañía, etc.).

❖ NECESIDADES DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

La mayoría de las personas tiene cierto tipo de filosofía religiosa, la religión y los valores son una institución social y espiritual dentro de la sociedad, relacionándose con la ética y la conducta moral.

En consecuencia, las creencias espirituales ayudan con frecuencia a los pacientes en épocas de estrés.

La religión ayuda a las personas a aceptar su enfermedad, planear su futuro y en ocasiones a prepararse para la muerte y fortalecerlos durante la vida.²⁴

Factores que influyen en esta necesidad:

- Biofisiológicos: edad, etapas de desarrollo, integridad del sistema neuromuscular.
- Psicológicos: emociones, actitudes, estados de ánimo, personalidad de base, pensamiento, inteligencia, percepción puntual del entorno (catástrofes, enfermedades).
- Socioculturales: cultura, religión y creencias, sentidos de la vida y la muerte, deseo de comunicarse con un ser supremo, deseo de vivir con una filosofía de personas ideales, noción de trascendencia, influencia familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, patrones y estructura de la comunicación).

Observaciones:

- Forma de vestir de la persona, familia y amigos (hábitos, vestimentas específicas de un grupo social o religioso) y actitud de ello si se trata de esconder signos definitivos).
- Indicadores de valores en las interacciones (diálogo abierto, estimulante, motivados, etc., utilización o evitar del tacto como medio de expresión).
- Nivel de integración de los valores en su vida diaria (realización de ritos, congruencias entre las creencias, valores y comportamientos, etc.).
- Condiciones del entorno que ayudan o limitan la satisfacción de esta necesidad (existencia, accesibilidad a lugares determinados, iglesias, templos, etc.), presencia de un objeto en el entorno próximo o en la propia persona, indicativo de determinados valores o creencias. Existencia de indicadores de valores en el ambiente (tipo de objetos, libros, publicaciones, muebles, objetos personales, orden y conservación de tales objetos).

²⁴ Fernández Ferrin, El Modelo de Virginia Henderson y El Proceso De Enfermería.

❖ NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

La necesidad de realización, incluye la necesidad que tiene la persona de obtener un potencial más elevado y logra ambiciones que tengan en la vida.

La necesidad de trabajar, es para obtener un beneficio monetario con el cual podrá cubrir todas sus necesidades básicas.

Factores que influyen en esta necesidad:

- Biofisiológicos: edad, etapas de desarrollo, construcción, capacidades físicas.
- Psicológicas: emociones personalidad de base, inteligencia, estado de ánimo.
- Socioculturales: Influencia familiares y sociales hábitos, aprendizajes, valores, creencias, demandas sociales), cultura, educación, rol, status, posibilidad de realizar un trabajo satisfactorio.

Observaciones:

- Estado del sistema neuromuscular, del sistema nervioso y de los sentidos, relaciones armónicas consigo mismo y con las demás persona que los rodean.
- Distribución equilibrada entre el tiempo dedicado al trabajo y a las actividades de ocio y relación.
- Autoconcepto positivo o negativo de si mismo (apariencia física, postura, expresión), conciencia de sus capacidades y limitaciones de forma realista, capacidades de decisión y resolución de problemas.

❖ NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

El hombre es un ser social, el cual necesita estar en un grupo para poder desarrollarse, por lo tanto es necesario en ocasiones que participe en actividades recreativas para satisfacer su necesidad.

Factores que influyen en esta necesidad:

- Biofisiológicos: edad, etapas del desarrollo, constitución, capacidad física.
- Psicológicos: Madurez personal, sensopercepción, inteligencia, pensamiento, emociones, motivación, personalidad de base, estado de ánimo, autoconcepto.
- Socioculturales: cultura, rol social (trabajo-ocio), influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, estructura de recursos y servicios), estilo de vida.

Observaciones:

- Estado del sistema neuromuscular, integridad del sistema nervioso y de los sentidos.
- Estado de ánimo (sonrisa, llanto, risa, aspecto tranquilo, sereno, amable, triste, apatía, indiferencia, agitación inhibición), expresiones espontáneas, directas o indirectas que indique el aburrimiento.
- Rechazo a este tipo de actividades (por aprendizajes o cogniciones erróneas).
- Comportamientos lúdicos en relación con el estado de desarrollo evolutivo de la persona.
- Condiciones del entorno que ayudan o limitan la satisfacción de esta necesidad (recursos de la institución, de la comunidad).
- Existencia de material que indique hobbies, pasatiempos y otras actividades recreativas (libros, revistas, música, deporte, etc.).

❖ NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Una parte importante de todo hombre es aprender lo que se necesita saber, o saber para promover el bienestar de manera óptima.

El aprendizaje es un proceso activo que continua desde el nacimiento hasta la muerte, durante toda la vida, un individuo aprende constantemente a medida de información, desarrolla habilidades y las aplica al ajustarse a las nuevas situaciones de la vida.

Factores que influyen en esta necesidad:

- Biofisiológicos: edad, etapas del desarrollo, capacidad físicas.
- Psicológicos: Emociones, capacidad intelectual, motivación (significado del aprendizaje), importancia de conocer y aprender sobre si mismo, carácter (activo y pasivo), estado de ánimo.
- Socioculturales: Educación, nivel socioeconómico, status según su instrucción y educación, influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, ambiente, estructura social), raza, religión, creencias de salud relacionadas con el sexo femenino o masculino.

Observaciones:

- Capacidades físicas (órganos de los sentidos, estado del sistema nervioso y psicológico (capacidad de autocuidado, interés por aprender y/o cambiar actitudes y comportamientos), capacidad de relación y comunicación así como de compromiso.
- Comportamientos indicativos de interés de aprendizaje para resolver los problemas de salud (pregunta, escucha, demuestra interés o desinterés, propone alternativas etc.

Estas necesidades son comunes en todos los individuos, cada persona tiene la habilidad y capacidad para satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y de desarrollarse a lo largo de la vida.

Las diferencias personales en la satisfacción de las necesidades vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así su estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades.²⁵

²⁵ Ibidem p 81-92.

6.- ADULTEZ INTERMEDIA O MEDIA.

La adultez intermedia, que es la etapa que comienza alrededor de los 45 a 65 años, cuya característica principal, es que la mayoría de la gente ha reducido en cierto modo las capacidades biológicas, pero ha aumentado las responsabilidades sociales. Sin embargo, la edad empieza a ser un factor de riesgo para muchas enfermedades. Inicia el deterioro de las funciones y el ser humano se hace más susceptible a padecer disfunciones sexuales, enfermedades crónicas degenerativas y síndromes demenciales. Estas anomalías repercuten en el estado psicológico de la persona y de la familia, alterando su estilo de vida, obligándolo al retiro laboral y llegando a ser totalmente dependiente de sus familiares lo que incrementa aún más la depresión.

La adultez comienza aproximadamente a los 20 años. Usualmente se divide en tres periodos:

- Edad Adulta Temprana (entre los 20 y 40 años)
- Edad Adulta Intermedia (de los 40 a los 65 años) y
- Edad Adulta Tardía (después de los 65 años de edad)

La juventud comienza con el término de la adolescencia y su desarrollo depende del logro de las tareas de la adolescencia. Constituye el periodo de mayor fuerza, energía y resistencia física. Se producen menos enfermedades y se superan rápidamente, en caso que esta se presente.

Con relación al desarrollo intelectual, los adultos, son capaces de considerar varios puntos de vista simultáneamente, aceptando las contraindicaciones, lo que se conoce como pensamiento dialéctico. Shaie, aborda la cognición adulta en etapas. Otros teóricos se refieren al pensamiento dialéctico como un pensamiento posformal. Mediante el cual los adultos sintetizan pensamientos contradictorios, emociones y experiencias.

En cuanto a la personalidad, el modelo de crisis normativas caracteriza el desarrollo como una serie de cambios sociales y emocionales. Por otro lado, el modelo de los momentos adecuados, lo visualiza como un periodo de cambios que dependen del contexto social, para determinar los sucesos importantes y su ocurrencia.

Desarrollo intelectual.

Una forma de pensamiento adulto es el que algunos teóricos han denominado pensamiento dialéctico en el cual, cada idea o tesis implica su idea opuesta o antítesis. El pensamiento dialéctico consiste en la capacidad de considerar puntos de vista opuestos en forma simultánea, aceptando la existencia de contra indicaciones. Este tipo de pensamiento permite la integración entre las creencias y experiencias con las inconsistencias y contradicciones descubiertas, favoreciendo así la evolución de nuevos puntos de vista, los cuales necesitan ser actualizados constantemente. El pensador dialéctico posee conocimientos y valores, y se compromete con ellos, pero reconoce que estos cambiarán, ya que la premisa unificadora del pensamiento dialéctico es que la única verdad universal es el cambio mismo.

Los adultos que alcanzan el pensamiento dialéctico se caracterizan porque son más sensibles a las contraindicaciones, aprecian más las opiniones contrarias y que aprendido a vivir con ellas.²⁶

Otros teóricos se han referido a este mismo periodo, como el pensamiento posformal, una etapa que va más allá de las operaciones formales planteadas por Piaget. Este pensamiento posformal tiene tres elementos básicos: relativismo, contradicción y síntesis. El adulto que alcanza el pensamiento posformal es capaz de sintetizar pensamientos contradictorios, emociones y experiencias dentro de un contexto más amplio. No necesita elegir entre alternativas porque es capaz de integrarlas.

Shaie plantea un modelo de desarrollo cognitivo donde identifica cinco etapas por las que pasa la gente para adquirir conocimiento, luego lo implica a su vida. Este modelo incluye las siguientes etapas:

- Etapas de adquisición (de la infancia a la adolescencia), etapa de logro (desde el final de la adolescencia a los 30).
- Etapas de responsabilidad (final de los 30 hasta inicio de los 60).
- Etapas ejecutivas (también tiene lugar durante los 30 a 40 años).
- Etapas reintegrativas (vejez).

Según el modelo de Shaie el adulto medio se encuentra:

- Etapa de logro: el individuo reconoce la necesidad de aplicar el conocimiento adquirido durante la etapa anterior para alcanzar metas a largo plazo.
- Etapa de responsabilidad: el individuo utiliza sus capacidades cognitivas en el cuidado de su familia, personas de su trabajo y comunidad.
- Etapa ejecutiva: desarrolla la habilidad para aplicar el conocimiento complejo, en distintos niveles, por ejemplo: instituciones académicas, iglesias, gobierno, entre otras.²⁷

Desarrollo Moral.

Para Piaget y Kohlberg, el desarrollo moral depende del desarrollo cognitivo, sería una especie de superación del pensamiento egocéntrico una capacidad creciente para pensar de manera abstracta.

Kohlberg en su teoría del desarrollo moral, plantea que en las etapas quinta y sexta del desarrollo morales una esencia una función de la experiencia. Los individuos solo podrán alcanzar estos niveles (si es que los alcanzan) pasados los 20 años, ya que para las personas reevalúen y cambien sus criterios para juzgar lo que es correcto y justo requiere de experiencias, sobre todo aquellas que tiene fuertes contenidos emocionales que llevan al individuo a volver a pensar.

Según Kohlberg existen dos experiencias que facilitan el desarrollo moral. Confrontar valores en conflicto (como sucede en la universidad o el ejército) y responde el bienestar de otra persona (cuando

²⁶ F. Phillips Rice, 1999, Págs. 533-534.

²⁷ F. Phillips Rice, 1999, Págs. 534.

la persona se convierte en padre).²⁸

Desarrollo de la personalidad:

20-40 AÑOS.

Modelos de crisis normativas:

“Describe el desarrollo como una secuencia definida de cambios sociales y emocionales con la edad” (Papalia, 1999, Pág.473).

Eric Erikson. Estadio 6: intimidad v/s aislamiento: los adultos deben lograr la intimidad y establecer compromisos con los demás, si no lo logran permanecerán aislados y solos. Para llegar a ella es necesario encontrar la identidad en la etapa anterior. (Papalia, 1999).

Georges Vaillant: Adaptación a la vida: Logro identificar 4 formas básicas de adaptación: madura, inmadura, psicótica y neurótica. Vaillant distingue tres etapas dentro de la adultez Intermedia.

- Edad de establecimiento (40-50 años): Desplazamiento de la dominación paterna, búsqueda del yo, pero estando con otra persona, la etapa de la crianza de los hijos (analizando) y profundización de los amigos.
- Edad de consolidación (45-55 años): se hace lo que se debe, análisis de lo que se hizo (una carrera), fortalecer el matrimonio y logro de metas no inquisitivas. Esta etapa constituye una adicción a la teoría de Erikson.
- Edad de transición (alrededor de los 60 años) abandono de la obligación compulsiva del aprendizaje ocupación para volcarse a su mundo interior.²⁹

Levinson: las estructuras de la vida: El ciclo vital esta formado por una serie de eras que duran aprox. 25 años cada una. Se distinguen subetapas, marcadas por una transición, en la cual se alcanzan los objetivos más importantes de la vida, que comienzan en la juventud, por el abandono del hogar y el logro de la independencia, opción por un trabajo, la familia y las formas de vida adoptadas. Al culminar la fase de transición, el sujeto se siente seguro y competente. Otro concepto que agrega Levinson es el de **Estructura de la vida** que se refiere a un esquema de vida que subyace a una persona en un momento determinado.³⁰

Modelo de los momentos adecuados de la ocurrencia de los acontecimientos:

Concepción más estable del desarrollo plantea que cambios producidos dependen mas de hechos sociales (reloj social) que sirve para establecer los eventos mas importantes en el transcurso de la vida, los cuales marcan el desarrollo (Papalia; 1999).

Eventos normativos v/s eventos no normativos: los eventos normativos están constituidos por el

²⁸ Papalia, 1999, Pág. 458.

²⁹ Papalia, 1999, Pág. 473-474.

³⁰ Jodar, Pérez, Silvestre y Solè, 2000.

matrimonio, la paternidad, la viudez y la jubilación en la edad avanzada. Los eventos no normativos están conformados por accidentes que incapacitan al individuo, pérdida de trabajo, ganar un premio, entre otros. (Papalia; 1999).

Eventos individuales v/s eventos culturales: los primeros suceden a una persona o familia como el nacimiento de los hijos. Los segundos ocurren en el contexto social, en el cual se desarrollan los individuos. Por ejemplo: un terremoto. Estas afectan al desarrollo de los individuos. Además, el que un evento aparezca en un tiempo determinado o no dependiente de la cultura en la cual el sujeto se desenvuelva (Papalia; 1999).

Desarrollo Físico.

En la adultez intermedia la fuerza, la energía y la resistencia tienen un declive. El máximo desarrollo muscular se alcanza alrededor de los 25 a 30 años, luego se produce una pérdida gradual. Los sentidos alcanzan su mayor desarrollo: la agudeza visual es máxima a los 20 años, decayendo alrededor de los 40 años por propensión a la presbicia: la pérdida gradual de la capacidad auditiva empieza antes de los 25 años; el gusto, el olfato y la sensibilidad al dolor y al calor comienza a disminuir cerca de los 45 años (Rice, 1999). En esta etapa también se ve la transición de las etapas de los hijos. (Papalia, 1999).

Los adultos se enferman con menos facilidad que los niños, y si sucede, lo superan rápidamente. Los motivos de hospitalización son los partos, los accidentes y enfermedades de los aparatos genitourinarios. En esta etapa la causa principal de muerte son los accidentes, luego el cáncer, enfermedades del corazón, el suicidio y el VIH (SIDA).

Existen siete hábitos básicos importantes relacionados directamente con la salud: desayunar, comer a horas regulares, comer moderadamente, hacer ejercicio, dormir 7 u 8 horas en la noche, no fumar y beber moderadamente (Rice, 1999).

En esta etapa la dieta es muy importante, ya que “lo que las personas comen determina su apariencia física, como se siente y probablemente, que enfermedades pueden sufrir” (Rice, 1999, p.448). La pérdida de peso y el sobrepeso están relacionados con muertes por enfermedades coronarias, a su vez, el colesterol produce estrechamiento de vasos sanguíneos lo que puede producir un paro cardíaco.

La actividad física ayuda al mantenimiento del peso, tonificación de los músculos, fortalecimiento del corazón y pulmones, protege ataques cardíacos, cáncer y osteoporosis, alivia ansiedad y depresión. El fumar y el beber están estrechamente relacionados con problemas de tipo cardíaco, gastrointestinal y cáncer. “ El abuso de alcohol es la principal causa de los accidentes automovilísticos fatales”.³¹

La salud puede verse influenciada por diversos factores como son: los factores socioeconómicos, la educación y el género (Rice, 1999).

³¹ Rice, 1999, p 451.

Desarrollo Social.

Amor:

Rice (1999), divide al amor en cinco elementos:

- Amor romántico: ternura o apasionado, sentimientos intensos.
- Amor erótico atracción sexual, sexo y amor son interdependientes; una relación sexual satisfactoria fortalece el amor de pareja.
- Amor independiente: mutua dependencia, que en caso extremo podría llegar a transformarse en obsesión o comportamiento neurótico.
- Amor filial: basado en compañía o interés común.
- Sternberg (1996), propone tres elementos en el amor: intimidad, pasión y comportamiento: de cuya combinación resulta ocho tipos de relaciones: ausencia de amor; gusto por el otro; apasionamiento; amor vacío, romántico, de compañía, ilusorio y finalmente un equilibrio de los tres elementos.

Matrimonio:

La calidad de vida matrimonial tiene tres incidencias en la felicidad y satisfacciones de los individuos. El ciclo familiar se divide en etapas que reflejan los cambios ocurridos.

Entre las tareas de ajuste matrimonial se presentan los siguientes planos:

Satisfacción y apoyo emocional; ajustes sexuales; hábitos personales; roles sexuales; interés materiales; trabajo, empleo y logros; vida social; familia; decisiones; conflictos y resolución de problemas; moral, valores e ideologías.

Sexualidad:

El adulto debe lograr:

- ✓ Independencia.
- ✓ Competencia.
- ✓ Responsabilidad e igual en relación con su sexualidad.

Determinar el estilo de vida que llevará, en esta tarea debe tomar decisiones relacionadas con:

-  Tipo de relación sexual (informal, formal, recreativa).
-  Forma de expresión de su sexualidad (heterosexual, homosexual, bisexual).
-  Contraer o no matrimonio.
-  Tener o no un hijo.

- Mantener relaciones extramatrimoniales, entre otras.

En relación a la actividad sexual en solteros, podemos destacar:

- Cambio de actitud en torno al tema de las relaciones prematrimoniales; permisividad.
- No existe temor para hablar del tema.
- Las mujeres que sostienen relaciones prematrimoniales, entablan relaciones afectivas y sin promiscuidad.

Con respecto de la actividad sexual en el matrimonio:

- Existe poca información al respecto.
- Frecuencia de relaciones es mayor durante el primer año de casados.
- La actividad sexual de este primer periodo permite hacer una proyección hacia la actividad futura.

La mayor parte de hombres y mujeres, encuentran que hay placer en sus relaciones sexuales dentro del matrimonio, a diferencia del pasado. Esto es producto de la disminución de la actitud que lo considera como algo maligno o tabú. Ahora, es concebida como normal, saludable y placentera.

Otro factor que ha contribuido a vivir la experiencia sexual satisfactoria dentro del matrimonio, es la mayor información de que se dispone, la seguridad de los métodos anticonceptivos y las disposiciones legales en torno al aborto. Todo esto libera a la pareja del temor al embarazo (no deseado).

Paternidad:

Otro de los hechos que se dan en la edad adulta, es el nacimiento de los hijos. Dicho acontecimiento marca un periodo de transición en la vida. De la pareja, ya que la llegada de los hijos, altera o impacta la dinámica de la pareja.

A pesar del impacto, esta experiencia permite el desarrollo de los padres como pareja e individualmente.

El deseo de tener hijos es casi universal, lo que se explica de diferentes enfoques psicológicos.

- Freud: El deseo intensivo de las mujeres, por dar a luz y criar hijos.
- Erikson: El generar es una necesidad básica del desarrollo. Deseo de establecer y guiar a la próxima generación.
- Funcionalismo: La reproducción sería el deseo de inmortalidad.
- Otros teóricos: Paternidad es parte de un proceso natural y universal propio del mundo animal. Otros estudios, realizados en parejas con o sin hijos, destacan como motivación principal el anhelo de establecer una relación estrecha con otro individuo.

Como relación al momento para tener hijos, generalmente las parejas de hoy tienen menos hijos y en edades más avanzadas, que en el pasado. El predictor más importante de la edad en que llega el primer hijo, es el nivel educativo ya que generalmente, la mujer con cierto nivel de instrucción emplea su primer año de casada para terminar la educación o comenzar una carrera. Esto conlleva a tener hijos sobre 25 años. Este hecho presenta ventajas y desventajas para la madre y el bebé. La principal desventaja está relacionada con los problemas de salud que se pueden presentar, para la madre, durante el parto.

Amistad:

Se da con mayor frecuencia que en otras etapas de la vida. Implica confianza. Respeto, disfrutar de la compañía del otro, comprensión, entre otros.

Las buenas amistades son más estables que los vínculos con un cónyuge o amantes, y son del mismo sexo. Reportan un importante beneficio para la salud, ya que el apoyo emocional de otra contribuye a minimizar los efectos del estrés, además fomenta el sentimiento de fijarse un propósito en la vida y mantener la coherencia.

Los lazos familiares y de amistad, establecidos durante la adultez perduran a través de la vida.

Trabajo:

Con relación al trabajo, influyen en muchos aspectos del desarrollo tanto físicos, intelectuales, emocionales y sociales. En general, los sujetos menores de 40 están pensando en un proceso de consolidación de su carrera, se sienten menos satisfechos con su trabajo que como lo estarán más adelante, se involucran menos en su trabajo y es más probable que cambien de empleo. Los trabajadores se preocupan más por lo interesante que pueda ser su trabajo y por las posibilidades de desarrollo que pueda presentar.

Hoy en día la elección de profesión está muy poco limitada por el género y al igual que los hombres, las mujeres, trabajan para ganar dinero, lograr reconocimiento y para satisfacer sus necesidades personales. Aunque se han visto diferencias entre los sueldos (que son menores) cada día se hacen más equitativos. El trabajo puede ser fuente de stress y satisfacción. También influirá sobre las relaciones interpersonales y sobre el desarrollo de la personalidad.

7.- LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO.

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria crónica de naturaleza autoinmune y de etiología desconocida, caracterizada por afectación de múltiples órganos y sistemas y por la presencia de anticuerpos antinucleares (ANA).³²

Definición:

Se define como Lupus eritematoso sistémico (LES) al padecimiento autoinmune crónico con componente inflamatorio muy importante, que cursa con periodos de remisiones y exacerbaciones, que causa daño tisular mediado por mecanismos inmunológicos en diferentes órganos, aparatos y sistemas. La expresión clínica de este padecimiento es muy variable y proteiforme como resultado del compromiso sistémico y posiblemente de una serie de factores relacionados entre sí: genéticos, inmunológicos y ambientales.

Datos Epidemiológicos:

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 (entre 20 y 40 años, en niños y adolescentes).³³

La prevalencia del LES es de 1 en 2000 habitantes, con una concordancia en gemelos fraternos de 2 a 5 %, mientras que en gemelos idénticos la concordancia llega a ser del 24 al 58%.

Existen varios modelos de ratones que desarrollan espontáneamente fenómenos semejantes al lupus, los cuales han permitido avanzar en el estudio de la susceptibilidad genética. Entre ellos, los más estudiados han sido las cepas de New Zealand. Los resultados de algunos cruces muestran una localización de susceptibilidad en los cromosomas 1, 4 y 7 y aunque los genes de susceptibilidad no han sido identificados plenamente la creación de cepas congénicas, cada una portando un solo locus de susceptibilidad de los cromosomas 1, 4 y 7, ha permitido la disección genética en tres componentes fenotípicos así: El locus de susceptibilidad del cromosoma 1 del ratón confiere la pérdida de la tolerancia de las células B a antígenos subnucleosomales. El locus del cromosoma 4 confiere IgM elevada e hiperactividad de las células B y el cromosoma 7 confiere una relación IgM/IgG elevadas y baja incidencia de glomerulonefritis.

Estudios acumulativos en México muestran como la mutación de un solo gen puede contribuir a la autoinmunidad.³⁴ Las vías que pueden tener un impacto sobre la autoinmunidad sistémica incluyen defectos en las señales inhibitorias de la activación de los linfocitos, defectos en la apoptosis, activación celular incrementada y presentación incrementada de auto antígenos.

En humanos han sido estudiados muchos genes candidatos incluyendo el complejo mayor de histocompatibilidad, factor de necrosis tumoral alfa, componentes de la cascada del complemento, la

³² García Julia- Molina Consuegra, Lupus Eritematoso Sistémico. P 59.

³³ Ibidem.

³⁴ Harris ED. Nelly`s Texbook of Rhematology, 7th, ed.2005

proteína transportadora de la manosa, interleuquina 10 etc.

Una región del cromosoma 1 (1q41'42) puede contener un gene o genes que predisponen a los portadores a la producción de anticuerpos a la cromatina y al desarrollo del LES.

Etiología:

Aun cuando no se conoce su etiología, se han identificado tres factores básicos relacionados con LES: genéticos, hormonales y ambientales.³⁵

El origen del nombre "Lupus" es confuso. Todas las explicaciones surgen alrededor del rash o eritema malar en forma de alas de mariposa que la enfermedad normalmente exhibe en la nariz y las mejillas. En varios informes, algunos doctores han pensado que el eritema se parece al modelo de un lobo. En otros informes los doctores han pensado que el eritema, que fue a menudo más severo en los siglos anteriores, creaban lesiones que se parecían a los mordiscos o arañazos de un lobo. Más extraño todavía es el informe de que el término "Lupus" no proviene del latín, si no del término usado para un estilo francés de máscara que las mujeres según se informa vestían para ocultar el eritema de sus rostros. La historia del lupus eritematoso se puede dividir en tres periodos: el clásico, el neoclásico y el moderno. 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 rash malar clásico. El periodo neoclásico se anunció con el reconocimiento de Moritz Kaposi en 1872 de la manifestación sistémica de la enfermedad. 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.³⁶

Factores genéticos

- Presentación más frecuente (hasta 10 veces) en los familiares de pacientes con LES que en la población general.
- Mayor concordancia entre gemelos idénticos comparada con heterocigotos (60% vs 9%).
- Asociación de LES con antígenos HLA clase II (HLA-DR2 y DR3) tanto en raza blanca como negra.
- Asociación de LES con enfermedades hereditarias por deficiencia de complemento: C1r, C1s, C1, INH, C4, C2, C5 y C8, principalmente con deficiencia de C2.
- La deficiencia parcial de C2 en heterocigotos es también más frecuente, del 6% en LES vs

³⁵ Ramírez F. Javier, Patogénesis del Lupus Eritematoso Sistémico.

³⁶ Yu Asanuma, M.D. ,Premature coronary-artery atherosclerosis in systemic Lupus Erythematosos, p 2407-2414.

1% en normales. Esta anomalía congénita se asocia con HLA-A10 y HLA-B18.

Factores hormonales

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

Factores ambientales

- La relación entre la exposición a la luz solar y el inicio o la exacerbación del LES.
- Relación entre infección (virus y bacterias) y la exacerbación del LES.
- Exposición ocupacional a metales pesados como cadmio, mercurio y oro y otros elementos relacionados con la producción de anticuerpos antinucleares como sílice, pesticidas, polivinilo y otros.
- Participación de medicamentos en la inducción de anticuerpos antinucleares y lupus: procainamida, hidralazina, clorpromazina, isoniazida, propiltiouracilo y anticonvulsivantes.
- Relación entre LES e implantes de silicón y desnutrición proteicoalérgica.³⁷

Teoría de los auto antígenos-inmunogénicos:

En ratones, los anticuerpos contra el DNA pueden ser inducidos por la inyección de irritantes químicos como el Pristane, por estimulación con antígenos como el DNA bacteriano, fosfolípidos de la pared de las bacterias y virus y por estimulación con complejos de DNA y proteínas. En ratones los anticuerpos anti DNA que causan daño, son inducidos por inmunización de animales con complejos de proteínas y DNA. En los humanos los antígenos que inician la formación de anticuerpos anti DNA potencialmente patogénicos pueden ser la Cromatina o nucleosomas. La evidencia del papel central de la inmunogenicidad de estos dos complejos incluyen la presencia de anticuerpos a estas sustancias en el suero de pacientes y su capacidad de bloquear la unión de las inmunoglobulinas séricas de pacientes con LES a extractos de glomérulos. Además los linfocitos T activados por nucleosomas de pacientes con LES pueden estimular a los linfocitos B para producir Anti DNA del tipo IgG. Los nucleosomas juegan un papel central en la fisiopatogénesis del LES. Anticuerpos de inmunoglobulina G dirigidos contra nucleosomas han sido mostrados como un marcador más sensible para la presencia de LES, que los anticuerpos contra dsDNA y estos anticuerpos antinucleosoma son encontrados casi exclusivamente en pacientes con lupus, escleroderma y enfermedad mixta del tejido conectivo.

Por otra parte complejos de proteínas con RNA pueden inducir anticuerpos contra el DNA. La inmunización de conejos con péptido contenidos en pequeñas partículas RNA nucleares pueden

³⁷ Noble J. *Textbook of Primary Care Medicine*. 3rd ed. St. Louis, Mo: Mosby; 2001.

inducir anti DNA así como anticuerpos a pequeñas partículas RNA nucleares.

La respuesta de los ANA tienen las características de las respuestas manejadas por antígenos (IgG, Alta afinidad, unión a múltiples epítopes, expresión independiente etc.)

En el LES los blancos de los ANAs son solo un número limitado de antígenos nucleares, y las respuestas se diferencian de las de otras enfermedades del tejido conectivo y pueden variar con el tiempo.

Debido a que la apoptosis es la fuente de la producción de nucleosomas ha llevado a la sugerencia que la muerte celular programada está incrementada en el LES lo cual ha sido confirmado tanto en humanos como en ratones; sin embargo esto no es específico de los pacientes con LES ya que esto también ha sido observado en otras enfermedades inflamatorias, lo cual obliga a pensar que existe una fagocitosis defectuosa que explique la presencia de nucleosomas circulantes en niveles elevados en el LES. Interesantemente el nucleosoma mismo ha sido hallado de inhibir la remoción de células apoptóticas por macrófagos murinos. También se ha visto la aglomeración de nucleosomas con otros auto antígenos como las ribonucleoproteínas llamados cuerpos apoptóticos lo cual permite lanzar la hipótesis que en el LES la persistencia de células apoptóticas circulantes estimulan la producción de auto anticuerpos. Por otra parte se ha encontrado que durante la apoptosis hay una serie de cambios en las proteínas y una alta producción de especies de oxígeno reactivo que tienen la capacidad de incrementar la inmunogenicidad de las células apoptóticas. Además las infecciones con virus pueden contribuir a la inmunogenicidad de los nucleosomas e iniciar una respuesta auto inmune, especialmente con los polyoma virus T los cuales pueden agruparse con los nucleosomas en cuerpos apoptóticos e inducir una respuesta auto inmune que puede extenderse del antígeno viral al nucleosoma.³⁸

Teoría de los auto-anticuerpos patogénicos

El mecanismo responsable para la ruptura de la tolerancia en el LES aun permanece desconocido sin embargo en los últimos años ha existido un progreso significativo en el conocimiento de las interacciones moleculares regulando la expansión de las células B y T auto reactivas.

La mayoría de personas normales tienen anticuerpos del tipo IgM en su suero contra del DNA de cadena sencilla. Estos anticuerpos corresponden al repertorio de auto anticuerpos naturales, tienen baja afinidad por el DNA y por otros auto antígenos tales como tiroglobulina. Por otra parte los anticuerpos contra el DNA de doble cadena son menos prevalentes en sujetos normales y contiene subgrupos de alta afinidad con reactividad cruzada estrecha. Otras características adicionales que contribuyen a la patogenicidad de los auto anticuerpos incluyen: La capacidad de fijar complemento, la afinidad por el DNA y otros antígenos que reaccionan cruzadamente, la carga de la molécula de anticuerpo o del complejo inmune que lo contiene y la secuencia de los aminoácidos de la proteína asociada.

El proceso mediante el cual la respuesta de los linfocitos T y B a un antígeno se expande para incluir la reactividad a antígenos adicionales depende de la degeneración del receptor de antígeno

³⁸ Ramírez F. Javier, Patogénesis del Lupus Eritematoso Sistémico.

de la célula T de manera tal que un solo receptor se une a un complejo péptido-HLA; por lo tanto una célula T o B activada por un solo antígeno responde a múltiples auto antígenos y no auto antígenos. A través de este mecanismo, múltiples exposiciones a antígenos bacterianos, virales o químicos o auto antígenos puede llevar a la formación de anticuerpos contra el DNA.

La tolerancia es el proceso mediante el cual se elimina o neutralizan las células auto reactivas y la falla de este sistema en personas genéticamente susceptibles puede llevar a la auto inmunidad.

Algunos mecanismos que están dirigidos a bloquear las células B auto reactivas han sido descritos: La supresión clonal de células B inmaduras en la médula ósea, la supresión de células B en el bazo o los ganglios linfáticos, la inactivación funcional y la edición del receptor, un mecanismo que cambia la especificidad del receptor de la célula B cuando un auto antígeno es encontrado. El papel que juegan cada uno de estos mecanismos en la patogénesis del LES es desconocido.

Por su parte las células T las cuales cumplen un papel predominante en la tolerancia y en el desarrollo de autoinmunidad tienen mecanismos centrales y periféricos para el desarrollo de la tolerancia. El principal mecanismo es la supresión de las células T auto reactivas en el timo. Las células T migran de la médula ósea al timo donde encuentran péptidos derivados de proteínas endógenas unidos a moléculas del Complejo Mayor de Histocompatibilidad. Las células T cuyos receptores tienen baja afinidad para estos complejos no reciben señales que previenen la apoptosis espontánea muriendo en el timo. Las células T remanentes que tienen receptores con una afinidad intermedia por estos complejos maduran en el timo y migran a la periferia donde también existen mecanismos como supresión y regulación .

Normalmente, los complejos inmunes A-A son eficientemente removidos o aclarados de la circulación por el sistema fagocítico mononuclear (MPS: mononuclear phagocyte system), que se encuentra principalmente en el hígado y el bazo. EL MPS es dependiente de los receptores para el complemento, de los receptores para reconocer la porción Fc de la inmunoglobulina (Ig) o Receptores Fc (FcR) y de los transportadores de Igs. Un procesamiento anormal de los complejos inmunes puede estar jugando un papel importante en la patogénesis del LES por diferentes vías, incluyendo anomalías en los mecanismos de transporte o presentación, defectos en la función del MPS o anomalías intrínsecas a la función fagocítica celular, los cuales han sido descritos como factores importantes en la fisiopatogénesis del LES.

No es claro que distingue a los auto anticuerpos patogénicos de los no patogénicos. La fijación del complemento es esencial para el daño tisular lo cual coincide con la riqueza en anticuerpos patogénicos del tipo IgG1 e IgG3 las cuales fijan complemento eficientemente . Por otra parte la carga catiónica también da al anticuerpo una ventaja patogénica permitiendo que este se una a moléculas cargadas negativamente en la membrana basal glomerular.

Los complejos inmunes que son capaces de ligar el complemento de una forma eficiente, son fijados rápidamente por los eritrocitos, lo cual ocurre a través del receptor eritrocitario para el complemento tipo 1 o CR1, con lo cual estos complejos de eritrocito-CI son presumiblemente incapaces de depositarse en los tejidos y son transportados hacia el MPS fijo, donde son eliminados de la circulación.

En cualquier situación en la que se disminuya la reacción de adherencia inmune eritrocito-CI, estará asociada a una mayor probabilidad de depósito de CI en los tejidos. El depósito en los tejidos de estos complejos circulantes A-A produce liberación de mediadores inflamatorios e infiltración con células inflamatorias, con el subsecuente daño tisular, lo cual se hace evidente especialmente en el riñón. Allí, estos depósitos se encuentran principalmente en la membrana basal glomerular, pero también se pueden depositar en cualquier otro órgano.

Una vez que se ha roto la tolerancia y aparece en fenómeno de la autoinmunidad ¿cómo se produce la lesión en cada uno de los órganos afectados por la enfermedad?

Siendo el Lupus una enfermedad multisistémica, parece lógico suponer que para cada órgano afectado e incluso para los diferentes compromisos en un mismo órgano existen diferentes mecanismos que expliquen la vía final común de las lesiones. El principal órgano estudiado es el riñón y en el se han podido documentar varios mecanismos patogénicos.

Algunos anticuerpos a DNA de doble cadena causan glomerulonefritis al formar complejos con DNA que son atrapados pasivamente en el glomérulo mientras que otros causan la lesión al unirse directamente a las estructuras glomerulares lo cual puede demostrarse al obtener estos anticuerpos de los tejidos enfermos. También se ha podido demostrar in vitro que el suero de pacientes con LES contienen inmunoglobulinas que se unen a extractos de la membrana basal glomerular lo cual puede ser inhibido al tratar los extractos con Dnasa, sugiriendo que los anticuerpos contra el DNA causan nefritis por la unión al DNA de los componentes del glomérulo.

Las diferentes clases y subclases de Igs tienen también diferentes propiedades biológicas en los humanos. Tanto la subclase IgG1, así como la IgG3, fijan y activan el complemento de una manera eficiente, sin embargo, la subclase IgG2 es incapaz de activar el complemento eficientemente y por necesidad, el FcγR es esencial para el procesamiento y aclaramiento de los CI de IgG2. Así, en los pacientes con nefritis lúpica, se han descrito marcados defectos en la fagocitosis mediada por el FcγR.

Algunos anticuerpos contra el DNA de pacientes con LES se unen a la membrana de células vivas, la penetran probablemente a través de la membrana de miosina y se unen a estructuras citoplasmáticas y celulares lo cual fue demostrado elegantemente por el profesor Alarcón Segovia en México y comprobado por otros posteriormente.

Por otra parte los anticuerpos contra el DNA también tienen la capacidad de unirse a antígenos adicionales en la membrana basal glomerular o a componentes del glomérulo o la pared de los vasos (C1q, nucleosomas unidos al colágeno tipo IV, laminina etc.). A pesar que los eventos claves para la inducción de autoinmunidad no han sido dilucidados completamente existe evidencia sólida que explica pasos importantes en la inducción de autoinmunidad y los cuales probablemente llevarán al desarrollo de nuevas estrategias para el tratamiento de esta penosa enfermedad.³⁹

Inicialmente el lupus puede afectar prácticamente cualquier órgano o sistema, o bien tener carácter multisistémico. La gravedad varía entre leve e intermitente o persistente y fulminante.

³⁹ Mary J. Roman, M.D., Prevalence and correlatos of accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. P. 2394-2406.

Los síntomas generales son: cansancio, malestar general, fiebre, anorexia y adelgazamiento.

Las quejas comunes iniciales y crónicas son la fiebre, el malestar, artralgias o dolor articular, mialgia y fatiga física. Ya que a menudo se ven también en otras enfermedades, estos signos y síntomas no forman parte del criterio diagnóstico para determinar el LES. Cuando se dan conjuntamente con otros signos y síntomas, sin embargo, se consideran sugestivos.⁴⁰

Manifestaciones Dermatológicas

Al menos el 30% de los pacientes presenta alguno de los síntomas dermatológicos (y el 65% sufre esos síntomas en puntos concretos). Entre el 30% y el 50% sufren el clásico rash malar o de *alas*. Erupción malar, eritematosa, fija, plana o elevada afecta mejillas y puente nasal, puede afectar barbilla y pabellones.

Exantema maculopapuloso más difuso que predomina en zonas expuestas al sol e indica exacerbación de la enfermedad. La pérdida de pelo puede ser irregular, aunque también puede ser difusa. En LES vuelve a crecer en LEd no.

Urticaria, edema periorbitario, lesiones ampollas, eritema multiforme, lesiones de tipo liquen plano y paniculitis.

El LEd (20%) puede provocar verdaderas desfiguraciones ya que se presentan atrofas y cicatrizaciones que provocan pérdida de anexos. Las lesiones tienen bordes elevados, presentan descamación y taponamiento folicular. Las lesiones cutáneas son fotosensibles y adoptar forma anular, psoriasiforme aunque no cicatrizan. A veces se presentan lesiones cutáneas vasculíticas del tipo de púrpura, úlceras, gangrena digital.

Las úlceras superficiales y ligeramente dolorosas en la boca y la nariz son frecuentes en los enfermos con lupus.

Manifestaciones Musculoesqueléticas:

La mayor parte de las veces los pacientes buscan atención médica debido a dolores articulares, en las pequeñas articulaciones de las manos y la muñecas normalmente afectadas, aunque también puede darse en cualquier otra articulación. Al contrario que la artritis reumatoide, el LES no es una patología que normalmente destruya el hueso, sin embargo, las deformidades causadas por la enfermedad pueden llegar a ser irreversibles en al menos el 20% de los pacientes.

La mayoría padece artritis intermitente con tumefacción fusiforme y simétrica de las articulaciones.

Articulaciones más afectadas: Interfalángicas proximales, metacarpofalángicas de manos, muñecas y rodillas. Hinchazón difusa de manos y pies, y tenosinovitis. Las deformidades articulares son infrecuentes, 10% presenta una deformidad en cuello de cisne, y una desviación cubital de más MCF. Las erosiones son raras, se pueden observar nódulos subcutáneos.

⁴⁰ García Julia- Molina Consuegra, Lupus Eritematoso Sistémico. P 59.

La necrosis isquémica de los huesos es una causa frecuente de dolor en la cadera, rodilla y el hombro en pacientes tratados con glucocorticoides.

Manifestaciones Gastrointestinales

- Dolor abdominal
- Pancreatitis aguda que puede ser grave.
- Arteritis mesenterica
- Ascitis en un 10%
- Úlcera péptica
- Apendicitis
- Diverticulitis
- Náuseas, diarreas y molestias inespecíficas (peritonitis lúpica).
- Vasculitis intestinal muy peligrosa con dolor abdominal espasmódico de naturaleza aguda, vómitos y diarrea. Puede llegar a perforar los intestinos.
- Hepatomegalia (30%)

Manifestaciones Hematológicas:

Anemia y deficiencia de hierro se desarrollan en al menos la mitad de los pacientes. Bajo nivel plaquetario y del recuento de los glóbulos blancos se puede dar debido a la enfermedad o a los efectos secundarios del tratamiento farmacológico. Trombosis en vasos de cualquier calibre.

Los anticuerpos frente a fosfolípidos (Anticoagulante lúpico y anticardiolipina) se asocian a la vasculitis y a la trombosis. Puede haber émbolos a cerebro por la endocarditis de Libman-Sacks. Puede desarrollarse una enfermedad degenerativa de las arterias coronarias, debido a la exposición de los vasos a los inmunocomplejos y a la hiperlipidemia secundaria a tratamiento con glucocorticoides

El anticoagulante lúpico y la anticardiolipina provocan trombocitopenia, coagulación venosa o arterial recidivante, abortos recurrentes y valvulopatía. AL asociado con hipoprotrombinemia o trombocitopenia provoca hemorragias. Pueden aparecer anticuerpos contra los factores de la coagulación VIII y IX.

Manifestaciones Cardíacas:

Los pacientes suelen presentar inflamación en varias partes del corazón: pericarditis, miocarditis y endocarditis. La endocarditis del LES es característicamente no infecciosa (endocarditis de Libman-Sacks), e implica tanto a la válvula mitral como a la tricúspide. Puede haber insuficiencia valvular asociada. La arterioesclerosis es mucho más frecuente y avanza mucho más rápido en pacientes Con LES que en la población general .La pericarditis es la manifestación más frecuente del lupus cardiaco. Puede haber taponamiento por derrame pericárdico. La miocarditis puede llevar a arritmia, muerte súbita e ICC. Puede haber Infarto cardiaco por vasculitis.

Manifestaciones Renales:

La hematuria o proteinuria indoloras suelen presentarse como único síntoma renal. Debido al

temprano reconocimiento y control del LES, la última etapa de la afectación renal se da en menos del 5% de los paciente. Casi todos los pacientes con lupus presentan depósitos de inmunoglobulina en los glomérulos, pero solo la mitad padece nefritis clínica, definida por proteinuria. Al inicio asintomático y después edema del síndrome nefrótico. Análisis de orina (hematuria, cilindruria y proteinuria).

Manifestaciones Neurológicas:

Alrededor del 10% de los pacientes suele presentar convulsiones o psicosis. Una tercera parte puede dar positivo en un test por anomalías en el fluido cerebroespinal.

LES puede afectar (encéfalo, meninges, medula espinal, nervios craneales y periféricos).

Disfunción cognitiva leve (más frecuente).

Cefaleas (migrañoso o inespecífico)

Crisis convulsivas de cualquier tipo.

Depresión y ansiedad.

Anomalías de los linfocitos T:

Las anomalías en linfocitos T señaladas se asocian con el LES, incluyendo déficit de CD45 fosfatasa, incremento del CD40 ligand. También asociado con el LES es el incremento del FcεRIg, que reemplaza la cadena TCR z, que es deficiente en algunos pacientes de LES. Otras anomalías incluyen:

- nivel de calcio incrementado y sostenido en linfocitos T
- incremento moderado del inositol trifosfato
- reducción del PKC phosphorylation
- reducción del Ras señalado-MAPA-kinase-cascada

Y deficiencias de:

- actividad de la proteína kinase A I

Manifestaciones pulmonares:

Pleuresía y derrame son las manifestaciones más frecuentes.

Neumonitis lúpica causa disnea, fiebre y tos.

Rx. Infiltrados migratorios y atelectasia segmentaria.

Los infiltrados en LES son más frecuentes por infección

Manifestaciones oculares

- Ceguera permanente por vasculitis retiniana.
- Conjuntivitis
- Epiescleritis
- Neuritis óptica
- Síndrome seco.

El Síndrome de Evans puede presentarse durante la exacerbación del Lupus, complicando una hospitalización.⁴¹

Manifestaciones Diversas:

Conjuntivitis, epiescleritis y oclusión de la arteria central de la retina. Asociación con síndrome de Sjögren. Amenorrea. El parto normal sin complicaciones es lo habitual en las pacientes lúpicas bien controladas pero LES puede exacerbarse antes del parto y con mayor frecuencia en el posparto. Óbitos y abortos son más frecuentes en LES.

Clasificación del Lupus Eritematoso Sistémico:

El Colegio Americano de Reumatología estableció once criterios en 1982, que se revisaron en 1997, como instrumento de clasificación para poner en funcionamiento la definición de LES en las pruebas clínicas. No tenían la intención de ser usados para diagnosticar pacientes individuales y no hicieron bien en este trabajo. 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 – para las propuestas de inclusión en pruebas clínicas.

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
5. Artritis
6. Afectación Renal. (Más de 0,5g/día de proteína en la orina, o restos de células vistos en la orina bajo un microscopio)
 1. proteinuria persistente > 0,5 g/24 h o +++
 2. cilin
7. Neurológico:
 1. Convulsiones
 2. Psicosis
8. Serositis
 1. Pleuritis (inflamación de la membrana de los pulmones)

⁴¹ Mary J. Roman, M.D., Prevalence and correlatos of accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. P. 2394-2406.

2. Pericarditis (inflamación de la membrana del corazón)
9. Hematológicos
 1. Anemia hemolítica (bajo recuento de glóbulos rojos) con reticulosis.
 2. leucopenia (bajo recuento de glóbulos blancos)
 3. linfocitopenia (bajo recuento de linfocitos)
 4. trombocitopenia (bajo nivel plaquetario)
10. Inmunológicos:
 1. Anticuerpos anti-ADN
 2. Anticuerpos anti-Sm
 3. 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. El Dr. Graham R.V. Hughes⁴², una autoridad del lupus en Reino Unido, publicó un cuadro alternativo para diagnosticar el LES.

Fisiopatología del Lupus Eritematoso Sistémico:

El lupus es el resultado de interacciones entre ciertos genes de predisposición y factores ambientales que dan lugar a respuestas inmunitarias anormales. El resultado final de estas anomalías es la producción sostenida de autoanticuerpos patógenos y la formación de complejos inmunitarios que se unen a ciertos tejidos, provocando:

- Secuestro y destrucción de las células revestidas de Ig
- Fijación y segregación de las proteínas que forman el complemento
- Liberación de quimiotaxinas, péptidos vasoactivos y enzimas destructoras en los tejidos.

La perturbación inmunológica central en los pacientes con lupus es la producción de autoanticuerpos. Estos anticuerpos se dirigen a varias mismas moléculas en el núcleo, el citoplasma, y la superficie celular, además de las moléculas solubles como IgG y factores de la coagulación.⁴³

El rasgo más notable de anticuerpos de anti-ADN es su asociación con la glomerulonefritis

Anomalías en apoptosis:

- La apoptosis es un incremento de los monocitos y los queratinocitos.
- Incremento de la expresión de las Fases por los linfocitos B y los linfocitos T.
- Hay correlación entre índice apoptótico de linfocitos y la actividad de la enfermedad.

⁴² Harris ED. Nelly's Textbook of Rheumatology, 7th, ed.2005

⁴³ <http://www.Wikipedia.educ/tratado>.

Los macrófagos de cuerpo tingible son unas células fagocíticas grandes en los núcleos germinales de los ganglios linfáticos. Expresan proteína CD68. Estas células normalmente engullen los linfocitos B que han experimentado apoptosis después de una hipermutación somática. En algunos pacientes con LES, significativamente se pueden encontrar pocos macrófagos de cuerpo tingible, y estas células raramente contienen material de células B apoptóticas. Además, los núcleos apoptóticos no ingeridos pueden encontrarse fuera de los macrófagos de cuerpo tingible. Este material puede representar una amenaza a la tolerancia de linfocitos B y linfocitos T. Las células dendríticas en el núcleo germinal pueden endocitarse como material antígeno y presentarlo a los linfocitos T, activándolos. Además, la cromatina apoptótica y los núcleos pueden sujetarse a la superficie de células foliculares dendríticas y hacer que este material esté disponible para activar otros linfocitos B que pueden adquirir aleatoriamente especificación propia a través de hipermutación somática.⁴⁴

Sistema del complemento:

El LES se asocia a defectos en lectinas y el sistema del complemento clásico.

Valoración del Lupus Eritematoso Sistémico (LES) en el Adulto y Afectando sistemas específicos:

Sistema Nervioso:

En el LES se puede afectar cualquier región del encéfalo, así como meninges, la medula espinal y los nervios craneales y periféricos. Las alteraciones del sistema nervioso central (SNC) pueden ser únicas o múltiples, y a menudo ocurren cuando hay actividad del LES en otros órganos y aparatos. La disfunción cognitiva leve es la más frecuente. Las cefaleas son comunes de tipo migrañoso o inespecíficas. Pueden ocurrir crisis convulsivas de cualquier tipo. Las manifestaciones menos frecuentes comprenden la Psicosis, síndrome orgánico cerebral, infartos locales, trastornos extrapiramidales, disfunción cerebelosa, disfunciones hipotálamicas con secreción inadecuada de hormona antidiurética (ADH). Pseudotumor cerebral, hemorragia subaracnoidea, meningitis aséptica, mielitis transversa, neuritis óptica, parálisis de pares craneales y neuropatía sensitivomotora periférica. La depresión y la ansiedad son frecuentes, y habituales esta en relación con la enfermedad crónica más que con el LES activo.

El diagnóstico de laboratorio de la afección del SNC puede ser difícil. En el 70% de los pacientes existen alteraciones electroencefalograma. Habitualmente en forma de letificación difusa o anomalías focales. El líquido cefalorraquídeo (LCR) se caracteriza por un elevado nivel de proteínas en el 50% de los casos y el número mayor de células mononucleares en el 30% de los pacientes; se observan bandas oligoclonales, aumento de la síntesis de Ig y anticuerpos antineurales. Se debe realizar una punción lumbar cuando los síntomas del SNC pueden deberse a infección, especialmente en los pacientes inmunodeprimidos. La TC y la angiografía suelen dar un resultado positivo a los pacientes con un déficit neurológico local, pero su utilidad es menor en caso de manifestaciones difusas. La resonancia magnética (RM) es la técnica más sensible para detectar cambios en el LES; estos cambios suelen ser inespecíficos. Los parámetros de laboratorio de la actividad del proceso no se corresponden, por regla general, con las manifestaciones neurológicas. Habitualmente, los problemas neurológicos mejoran (con la excepción de los déficits secundarios a

⁴⁴ Ramírez F. Javier, Patogénesis del Lupus Eritematoso Sistémico.

infartos) con el tratamiento, o con el paso del tiempo, las recidivas se observan en la tercera parte de los pacientes⁴⁵

Vasculares:

La trombosis en vasos de cualquier calibre pueden constituir un problema importante. Aunque la vasculitis subyace a veces de una trombosis, existen cada vez mas datos de que los anticuerpos frente a fosfolipidos (anticoagulantes lúpico, anticardiolipina) se asocian con esta alteraciones de la coagulación sin inflamación. Además las alteraciones vasculares degenerativas que ocurren años después de la exposición de los vasos sanguíneos a los inmunocomplejos circulantes y a la hiperlipidemia secundaria al tratamiento glucocorticoide predisponen a una enfermedad degenerativa de las arterias coronarias en los pacientes con lupus. Por consiguiente, los anticoagulación resulta más apropiada que la inmunosupresion de algunos enfermos.

Oculares:

La vasculitis retiniana representa una manifestación muy grave, ya que puede terminar en ceguera en plazo de unos días y requiere un tratamiento inmunosupresor intensivo. El estudio oftalmológico revela la estenosis de las arteriolas de la retina, rodeadas de una vaina vascular, así como cuerpos citoides (exudados blancos) adyacentes a los vasos. Las demás anomalías oculares comprenden, conjuntivitis, epiesclerisis, neuritis óptica y el síndrome seco.

Musculoesquéticas:

Casi todos los pacientes con LES presentan artralgiyas y mialgias; la mayoría padece artritis intermitente. El dolor no suele guardar proporción con las alteraciones observadas en la exploración física, como tumefacción fusiforme y simétrica de las articulaciones {con mayor frecuencia las interfalangicas proximales (PIP) y de las metacarpofalangicas (MCP) de las manos, muñecas y rodillas}, hinchazón difusa de las manos y pies y tenosinovitis. Las deformidades articulares son infrecuentes; el 10% de los enfermos presentan una deformidad de los dedos en el cuello del cisne y una desviación cubital de las articulaciones de (MCP). Las erosiones son raras; se pueden observar nódulos subcutáneos. Las miopatias pueden tener carácter inflamatorio (durante periodos de la actividad de la enfermedad) o secundario al tratamiento (hipopotasemia, miopía a los corticoides, miopatia por la hidroxycloquina). La necrosis isquemia de los huesos es una causa frecuente de dolor de la cadera, rodilla y hombro en los pacientes tratados con glucocorticoides.

Laboratorio:

La anemia normocítica normocrómica por trastorno en la eritropoyesis es frecuente. Leucopenia leve a moderada de menos de 4,000/mm³ en la quinta parte de los casos, así como linfopenia. La velocidad de sedimentación globular está invariablemente aumentada y la proteína C reactiva rara vez es positiva (excepto cuando se añaden serositis o procesos infecciosos).

En 25% se encuentra VDRL falsa positiva. El complemento sérico disminuye durante la etapa activa del lupus. Los anticuerpos antinucleares están presentes en casi todos los pacientes y el

⁴⁵ Harrison, Trastornos del sistema inmunitario, del tejido conectivo y de las articulaciones, p 2131.

patrón más común es el homogéneo. Los anticuerpos antiDNA (n) se consideran como característicos del LES.

Hay una producción excesiva de autoanticuerpos debido a la falla en la tolerancia inmunológica que parece constituir el elemento central de la alteración en el LES y es el mecanismo del daño tisular.

Se basa en las manifestaciones de al menos 4 de 11 características típicas de la enfermedad. Al auscultar el pecho con un estetoscopio. Se puede escuchar un sonido llamado roce cardíaco o roce pleural. Igualmente, se lleva a cabo un examen neurológico.

Los exámenes para diagnosticar el LES pueden ser:

- Pruebas analíticas de anticuerpos antinucleares (AAN), incluyendo anticuerpos anti ADN y anti Smith
- Radiografía de tórax que muestra pleuritis o pericarditis
- Análisis de orina para mostrar sangre, cilindros o proteína en la orina
- CSC
- Biopsia renal.⁴⁶

Esta enfermedad puede alterar también los resultados de los siguientes exámenes:

- Conteo de GB
- Electroforesis de globulina en suero
- Factor reumatoideo
- Proteína en orina
- Electroforesis de proteína en suero
- Prueba rápida para mononucleosis
- ESR
- Crioglobulinas
- Examen de Coombs directo
- Componente 3 del complemento (C3)
- Complemento
- Anticuerpo microsómico antitiroideo
- Anticuerpo antitiroglobulina
- Anticuerpo antimitocondrial
- Anticuerpo antimúsculo liso

La anamnesis, investiga datos clínicos de la enfermedad, previa o durante el transcurso de esta, así como la existencia de factores de riesgo. También un buen examen físico general. Exploración Neurológica estudio de fondo de ojo y el EKG.

Los exámenes de laboratorio recomendados para este padecimiento que desarrollan las personas con Lupus Eritematoso Sistémico son los siguientes:

⁴⁶ <http://www.medlineplus.com.mx>.

a) **AAN; pruebas analíticas para AAN:** Este examen se utiliza cuando se sospecha de una enfermedad autoinmune (particularmente lupus eritematoso sistémico). También se puede realizar este examen cuando un paciente tiene síntomas inexplicables tales como artritis, erupciones o dolor en el pecho. Normalmente, no hay anticuerpos antinucleares detectables en la sangre (resultado negativo); sin embargo, algunas veces, personas sin ninguna enfermedad específica puede tener bajos niveles de estos anticuerpos sin una razón evidente. Los anticuerpos antinucleares son producidos por el sistema inmunológico y atacan los propios tejidos del cuerpo en vez de toxinas extrañas. Frecuentemente se encuentran en personas con lupus eritematoso sistémico y, con menos frecuencia, en caso de otras enfermedades.

b) **Anticuerpos ADN:** Los anticuerpos anti ADN nativo o de doble cadena, si son más específicos para lupus, ya que ninguna otra enfermedad de las mencionadas los tiene. Las técnicas mas comunes son la de crithidia lucillae (un microorganismo con grandes cantidades de ADN en el cinetoplasto o cuerpo), por método radioactivo y por ELISA. Los anticuerpos anti ADN de simple cadena también pueden estar positivos en lupus, pero no son específicos y por esto están en desuso.

La presencia de anti ADN es diagnóstica de lupus activo, en el 70-80%, y por lo mismo una prueba negativa, no lo descarta, sin embargo, el paciente que lo tiene positivo, se le negativiza una vez controlada la actividad del mismo, aunque también tardan en disminuir los títulos.

La prueba de los componentes del complemento C3 y C4 (que son proteínas que participan en la respuesta inflamatoria) y la actividad completa de éste sistema de proteínas CH50, son pruebas útiles para actividad de la enfermedad, no para diagnóstico, ya que cualquier enfermedad mediada por complejos inmunes circulantes en la sangre los puede disminuir. La enfermedad en donde existen mayor cantidad de éstos complejos por excelencia es el lupus generalizado. En ocasiones se encuentran trazas de C4 cuando hay demasiada actividad, por consumo de los complejos inmunes en la sangre y en varios tejidos, de los cuales el riñón es el que mas lo consume, y los valores normales son de 15 a 60 mg%. La elevación del C4 no tiene mayor significado ni importancia. La disminución de C3 es menos dramática, pero casi siempre correlaciona con la baja del C4 y los valores normales son de 60 a 120 mg%.

c) **Anti SMITH:** El anticuerpo anti-Sm, se encuentra positivo en el 30% de los pacientes con lupus. Su nombre de Sm por el apellido Smith de la paciente en que fue aislado originalmente y descrito por el Dr. Eng Tan en 1966 con el grupo del Dr. Kunkel en Nueva York.⁴⁷

d) **Cilindros o Proteinuria en la Orina:** Análisis de orina Es un examen físico y/o químico de la orina y comprende una serie de pruebas químicas y microscópicas para evaluar infecciones del tracto urinario, enfermedad renal y enfermedades de otros órganos que provocan la aparición de metabolitos anormales (productos de descomposición) en la orina.

⁴⁷ Eng Tan-Kunkel, Pruebas de Diagnóstico para el Lupus, 2004.

La orina también se puede analizar en el laboratorio.

:

- Aspecto y color de la orina (por ejemplo, clara, opaca, turbia, espesa; amarilla pálida, amarilla oscura, roja, verde, azul)
- Bilirrubina en la orina (un producto de degradación de la hemoglobina)
- Glucosa (un azúcar): ver glucosa en la orina
- Hemoglobina (un indicio de hemólisis)
- Cetonas en orina (un subproducto del metabolismo de las grasas, presente con inanición y diabetes)
- Nitritos (un indicio de infección del tracto urinario)
- pH de la orina (la acidez o alcalinidad de la orina)
- Proteína en la orina
- Gravedad específica de la orina (es decir, qué tan concentrada o diluida se encuentra la orina)
- Urobilinógeno (un producto de degradación de la bilirrubina)

Examen microscópico:

- Las bacterias y otros microorganismos (normalmente no están presentes) o ver cultivo de orina (toma de muestra limpia)
- Cilindros urinarios
- Cristales
- Grasa
- Moco
- Glóbulos rojos (un indicio de daño en los túbulos)
- Células tubulares renales
- Células epiteliales de transición
- Glóbulos blancos (un indicio de infección del tracto urinario)

e) CSC: Conteo sanguíneo completo El conteo sanguíneo completo (CSC) mide lo siguiente:

- El número de glóbulos rojos (GR)
- El número de glóbulos blancos (GB)
- La cantidad total de hemoglobina en la sangre
- La fracción de la sangre compuesta de glóbulos rojos (hematocrito)
- El tamaño de los glóbulos rojos (volumen corpuscular medio VCM)

Asimismo, el CSC incluye información acerca de los glóbulos rojos que se calculan de las otras mediciones, a saber:

- HCM (hemoglobina corpuscular media)
- CHCM (concentración de hemoglobina corpuscular media)

El conteo de plaquetas usualmente también se incluye en el CSC.

Valores normales:

- GR (varía con la altitud):
 - hombres: 4.7 a 6.1 millones de células/mcl
 - mujeres: 4.2 a 5.4 millones de células/mcl
- GB: 4,500 a 10,000 células/mcl
- Hematócrito (varía con la altitud):
 - hombres: 40.7 a 50.3 %
 - mujeres: 36.1 a 44.3 %
- Hemoglobina (varía con la altitud):
 - hombres: 13.8 a 17.2 gm/dl
 - mujeres: 12.1 a 15.1 gm/dl
- VCM: 80 a 95 femtolitro
- HCM: 27 a 31 pg/cel
- CHCM: 32 a 36 gm/dl

Nota: células/mcl = células por microlitro; gm/dl = gramos por decilitro; pg/cel = picogramos por célula.

f) Biopsia Renal: Una biopsia renal es una forma de obtener una muestra de tejido del riñón que luego se examina en el laboratorio.

Un valor anormal se presenta cuando el examen muestra cambios en el tejido del riñón ocasionados por infección, disminución del flujo sanguíneo a través del riñón, signos de enfermedades del tejido conectivo, como lupus eritematoso sistémico, u otras enfermedades que puedan estar afectando al riñón.⁴⁸

Tratamiento:

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

Es importante orientar al paciente sobre los factores desencadenantes como la exposición prolongada al sol, situaciones de fatiga o estrés, procesos infecciosos, embarazo y posparto, así como el efecto potencial de algunos medicamentos capaces de inducir la formación de anticuerpos antinucleares. Información al paciente. Reposo adecuado. Cremas fotoprotectoras. Inmunizaciones reglamentarias: no se recomiendan las de virus vivos (polio, triple vírica), pero sí tratamiento con

⁴⁸ <http://www.medlineplus.com.mx>

esteroides a dosis altas o inmunosupresores. Inmunización frente al virus de la gripe. Tratamiento precoz de las infecciones.

Medidas generales

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

Tratamiento sintomático

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

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

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

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

Tratamiento Especifico para el paciente Valorado en ciertos sistemas:

No existe curación para el LES. Las remisiones complejas son raras. Tanto para el paciente como para el personal multidisciplinario de salud deben hacer planes: 1) para controlar las exacerbaciones agudas y graves, y 2) para elaborar estrategias para suprimir de una forma aceptable los síntomas, aunque generalmente aparecen algunos efectos secundarios farmacológicos. Aproximadamente de los sujetos con LES sufren una enfermedad leve sin manifestaciones que amenacen su vida; sin embargo, el dolor y la fatiga resulta, a veces insostenibles. Estos enfermos deben ser tratados sin glucocorticoides. Las artralgias, artritis, mialgias, fiebre y serositis leves mejoran muchas veces con los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), como los salicilatos. Sin embargo la toxicidad de los

AINES, el aumento de las enzimas hepáticas, la meningitis aséptica y la afectación renal son más frecuentes en el LES. La dermatitis del LES y, a veces, la artritis lúpica responden en ocasiones a los antipalúdicos. La hidroxiclороquina, en dosis de 400 mg al día, mejora las lesiones cutáneas en el plazo de breves semanas. Los efectos secundarios son raros y comprenden toxicidad retiniana, exantema, miopatía y neuropatía. Es necesario realizar exámenes oftalmológicos periódicos, al menos una vez al año, y que la toxicidad retiniana guarda relación con la dosis acumulada. Los demás tratamientos de los exantemas comprenden los filtros solares (como los factores de protección solar 15 o más), los glucocorticoides tópicos o intralesionales como la quinacrina, los retinoides y la dapsona. En estudios recientes se ha sugerido que la administración oral diaria de dihidroepiandroterona (DHEA) puede disminuir la actividad de la enfermedad en pacientes con LES de grado leve. Los glucocorticoides sistémicos deben reservarse para los pacientes con lesiones graves, que no respondan a estas medidas conservadoras.

Las manifestaciones potencialmente mortales y gravemente incapacitantes del LES que responden a inmunosupresión deben ser tratadas con dosis altas de glucocorticoides (1-2mg/Kg./día). Cuando la enfermedad está en fase activa, se debe administrar en dosis divididas cada 8 a 12 horas. Después de controlar la enfermedad durante varios días, las dosis se deben administrar una sola vez por la mañana; con posterioridad, las dosis diarias deben disminuir tan rápidamente como lo permita la afectación clínica. Idealmente, los pacientes hay que trasladarlos de forma gradual a un régimen de tratamiento en días alternos con dosis únicas por la mañana con glucocorticoides de acción corta (prednisona, prednisolona, metilprednisolona) con efecto de reducir los efectos adversos. No obstante la enfermedad puede exacerbarse en días alternos, en cuyo caso debe usarse una dosis única diaria lo más baja posible siempre que suprima el proceso. Los pacientes con lupus agudo incluyen aquellos con GN proliferativa, deben reducir el tratamiento con "pulso" intravenoso de metilprednisolona (1000mg) durante 3 a 5 días seguidos de tratamiento de mantenimiento. Diario o en días alternos, posiblemente este tratamiento controla de una manera más rápida las exacerbaciones de la enfermedad, aunque no se conoce su influencia a largo plazo.

Entre los efectos adversos del tratamiento glucocorticoideo, crónico debe citar el hábito cushingoideo, el aumento de peso, la hipertensión, las infecciones, la fragilidad capilar, el acné, hirsutismo, la osteoporosis acelerada, la necrosis isquemia ósea, las cataratas, el glaucoma, la diabetes mellitas, la miopatía, la hipopotasemia, las menstruaciones irregulares, la irritabilidad, el insomnio, y la psicosis. La prednisona administrada en dosis de 15 mg por día o menos no suele suprimir el eje hipotalámico-hipofisario. Se puede reducir al mínimo algunos efectos adversos cuando se produce, siempre se debe tratar la hiperglucemia, la hipertensión, edema hipototasemia; las infecciones deben detectar y tratar precozmente. La vacunación contra la gripe y en neumococo son inocuas y se deben administrar a los pacientes estables. Para reducir la osteoporosis. Conviene agregar suplementos de calcio (1000mg/día) en la mayoría de los casos; en los enfermos con calciuria de 24 horas < 120 mg puede añadirles 5000 unidades de vitamina D, una a tres veces por semana (controlando la hipercalcemia). En las mujeres menopausicas es necesario valorar el tratamiento de sustitución con estrógenos (TSE). Existe controversia sobre la capacidad de los anticonceptivos orales o TSE para causar exacerbación del LES en algunas pacientes; este tratamientos no se deben administrar en pacientes con antecedentes trombosis. La calcitonina y las difosfatos también se pueden utilizar para prevención y tratamiento de osteoporosis.

La utilización de agentes citotóxicos (azatioprina, clorambucilo, ciclofosfamida) en el LES resulta probablemente benéficos para controlar la enfermedad activa y reducir la cantidad de

exacerbaciones y las necesidades de esteroides. Los enfermos con nefritis lúpica padecen de insuficiencia renal frecuencia significativamente menor, si se administra tratamiento con una combinación de glucocorticoides y ciclofosfamida; la azatioprina no es tan beneficiosa como medicamentos de segunda línea, pero también es eficaz. En conjunto de supervivencia no varía porque posiblemente la insuficiencia renal obliga a los pacientes a la diálisis o al trasplante pero no provoca la muerte. Entre los efectos secundarios del tratamiento citostático se encuentra la mielosupresión, el aumento de infecciones por microorganismos oportunistas como el virus del herpes zoster, la insuficiencia ovárica irreversible la hepatotoxicidad (azatioprina). La toxicidad vesical (ciclofosfamida), la alopecia y el aumento de tumores malignos. La azatioprina es la menos toxica: se puede administrar en una dosis de 2 a 3 mg/Kg. al día por vía oral. La ciclofosfamida es probablemente la mas eficaz y la mas toxica. La dosis en "pulso" intravenoso (10 a 15 mg/Kg.) administrado una vez cada cuatro semanas causa una menor toxicidad vesical que las dosis diarias por vía oral, aunque se puede causar un cuadro grave de supresión de medula ósea. La ciclofosfamida a 2.5 mg/Kg. Al día) después de que se a controlado la actividad de la enfermedad por varios meses, es adecuado disminuir las dosis de agentes citotóxicos intentando suspender su administración.

Algunas manifestaciones del LES no responde a la inmunosupresión, entre ellas los trastornos de la coagulación, algunas anomalías de la conducta y la GN en estadio terminal. La anticoagulación representa el tratamiento profiláctico de elección de los trastornos de la coagulación: el tratamiento crónico de warfarina en dosis relativamente elevadas (con mantenimiento de INR en 2.5 y 3.0) es eficaz para prevenir los coágulos venosos y arteriales en los pacientes con síndrome antifosfolipidos; los efectos de la aspirina y heparina sobre la trombosis arterial no están claros. Los psicotropos deben utilizarse, cuando proceda. La GN membranosa pura no siempre responde al a inmunosupresión; es necesario iniciar el tratamiento durante varias semanas, aunque se debe suspender si no hay mejoría evidente. La supervivencia de los enfermos lúpicos dializados o trasplantados es similar a los enfermos con otras formas de GN en la mayoría de las seria.

En la actualidad se esta investigando, varios tratamientos experimentales, como la plasmaféresis, asociada a la ciclofosfamida intravenosa, ciclosporina, gammaglobulina intravenosa, irradiación ganglionar total, DHEA, anticuerpos frente a linfocitos T y administración de moléculas que interrumpen las segundas señales en la células T activas o bloquean las citocinas proinflamatorias o estimulantes de células B.⁴⁹

Medicamentos recomendados para el Tratamiento de LES.

Prednisona: Tabletas está indicado para el tratamiento de varias enfermedades endocrinológicas osteomusculares del colágeno dermatológicas alérgicas oftálmicas respiratorias hematológicas neoplásicas y de otros tipos con respuesta conocida al tratamiento esteroide. El tratamiento con hormonas corticosteroides es un coadyuvante a la terapéutica convencional.

Enfermedades del tejido conectivo: Durante una exacerbación o como tratamiento de sostén en ciertos casos de lupus eritematoso sistémico escleroderma polimiositis dermatomiositis y carditis reumática aguda.

⁴⁹ Harrison, Trastornos del sistema inmunitario, del tejido conectivo y de las articulaciones, p 2134.

Padecimientos diversos: Meningovasculitis tuberculosa con bloqueo subaracnoideo o bloqueo inminente cuando se acompaña de quimioterapia antituberculosa apropiada; colitis ulcerativa parálisis facial periférica o de Bell esclerosis múltiple en triquinosis con manifestaciones neurológicas y/o micárdicas.

Absorción: La prednisona se absorbe rápidamente a través del tracto gastrointestinal encontrándose concentraciones plasmáticas máximas aproximadamente 1 a 2 horas después de una dosis oral.

La biodisponibilidad de la prednisona en plasma después de una administración oral es aproximadamente 70 a 80%. La prednisona se une a proteínas plasmáticas como la albúmina.

Tiene una vida media en plasma después de una dosis oral única de 2.1 a 3.5 horas aproximadamente y la dosis de mantenimiento es de 3.4 a 3.8 horas.

Se excreta en pequeñas cantidades a través de la leche materna; se metaboliza en el hígado. Más de 90% se excreta en la orina.

Las dosis son variables y deben individualizarse con base en la enfermedad específica la gravedad y la respuesta del paciente.

La dosis inicial vía oral de prednisona para adultos puede variar de 5 a 60 mg por día dependiendo de la enfermedad específica que se esté tratando.

Metilprednisolona :(Glucocorticoide, corticoesteroide, antiinflamatorio)|Produce una modificación a nivel enzimático, inhibiendo los fenómenos inflamatorios tisulares: dilatación capilar, edema, migración de leucocitos etc. Antagoniza la histamina y la liberación de quininas. Suprime en parte la respuesta inmunitaria al producir linfopenia disminución de inmunoglobulinas, complemento y volumen y actividad del sistema linfático. Escasa acción mineralcorticoide. 4 veces más potente que la hidrocortisona. Acción dosis dependiente. La 6-metil-prednisolona(6-MP), se diferencia de la metilprednisolona(MP) por aumento acción glucocorticoidea y disminución de la mineralotropa, indicaciones similares con dosis inferiores.

Farmacocinética Absorción rápida por VO. Efectos pico tras su empleo VO 1-2h, EV 30 min. Atraviesa la placenta y se secreta en la leche materna. Metabolización hepática, excreción urinaria. Vida media 18-36 h.

Indicaciones: Endocrinología: insuficiencia suprarrenal primaria o secundaria. Situaciones de estrés, insuficiencia adrenal establecida o dudosa, tiroiditis. Reumatología: terapia coadyuvante en episodio agudo o exacerbación de crónicos, artritis reumatoidea, o psoriásica etc. Colagenosis. Dermatología: pénfigo, dermatitis exfoliativa, psoriasis etc. Alérgica: asma, dermatitis de contacto, atópica etc. Digestivo: colitis ulcerativa, enteritis etc. Respiratorio: sarcoidosis, beriliosis etc. Hematología: anemia hemolítica autoinmune, eritroblastopenia etc.-Oncología: leucemias y linfomas. Neurología: edema cerebral, esclerosis múltiples. Inmunosupresión en transplantes.

Posología y vía de administración: Dosis oral (6-MP): 4-48 mg/d que se administra en 4 dosis. - Dosis IM (acetato de MP): 10-120 mg/d, IM, variando según enfermedad y respuesta del paciente. -

Dosis intralesional, intraarticular o inyección en tejido blando (acetato de MP/6-MP): 10-80 mg, no se suele repetir dosis hasta 1-5 semanas después. -Dosis IM, EV o infusión EV (succinato de MP): en terapia de altas dosis, infundir 30 mg/kg EV en 30 min.; repetir cada 4-6 h durante 48 h, o menos tiempo si la condición del paciente se ha estabilizado. Para terapia regular, 10-40 mg EV, dosis inicial. Dosis siguientes EV o IM, según respuesta. -Tratamiento de exacerbaciones agudas de esclerosis múltiple: 160 mg VO, EV o IM,/día durante 1 semana, seguido de 64 mg VO, EV o IM/día durante 1 mes. -Terapia coadyuvante de la neumonía por *Pneumocystis carinii* en pacientes con SIDA: 40 mg EV/12h durante 7 días. -Lesión aguda de la médula espinal: 30 mg/Kg. EV en 15 min. seguidos 45 minutos más tarde de infusión de 5.4 mg/Kg./h durante 23h. -Nefritis lúpica: 1 gr./día EV a pasar en 1 hora, durante 3 días consecutivos.

Ciclofosfamida: Pertenece a una clase de medicamentos conocidos como agentes alquilantes; desacelera o detiene el crecimiento de las células cancerígenas. “Enfermedades por autoinmunidad”, especialmente poliartritis crónica, atrofia psoriásica, lupus eritematoso sistémico, anemia autoinmune hemolítica, síndrome nefrótico; empleo solamente en indicación vital o cuando existe el peligro de un padecimiento crónico, cuando ha fracasado la terapia convencional. Los citostáticos se deben emplear únicamente con un diagnóstico seguro y con “indicación vital”. La terapia se debe realizar en forma rigurosa: dosificación suficientemente alta y por un tiempo suficientemente prolongado, en lo posible una dosificación individual y evitar sobre e hipodosificación.

Farmacocinética Y Farmacodinamia: Después de la administración de ciclofosfamida por vía intravenosa, la unión de ciclofosfamida a proteínas plasmáticas es mínima in vitro. La mayor acumulación de ciclofosfamida se ha encontrado en hígado, intestino, vesícula biliar, riñón, vejiga-urinaria, linfáticos, ganglios linfáticos y médula ósea. Se ha determinado que la vida media de ciclofosfamida en el plasma es de 4 a 8 horas. El valor correspondiente para el metabolito mostaza fosforamida es de 8.7 horas aproximadamente. Ciclofosfamida es inactivo como citostático in vitro y se activa en forma primaria a través del sistema enzimático microsomal de las oxidasas de función mixta en el hígado, en presencia de oxígeno y NADPH. Los centros nucleofílicos de la célula (ADN y proteínas) son los sitios a nivel de los que actúan los metabolitos activos y alquilantes de ciclofosfamida; por ejemplo, es posible demostrar enlaces cruzados en las cadenas del ADN de las levaduras, y como resultado de esto, rupturas en las cadenas de ADN. Ciclofosfamida y sus metabolitos activos actúan en todas las fases de ciclo celular, pero es más efectivo contra células en proliferación activa que en las células en reposo.

Contraindicaciones: En paciente caquéticos, generalmente no está indicada la terapia citostática.

Solamente en personas que padecen una afección cuya sensibilidad frente a ciclofosfamida es conocida (principalmente enfermedades sistémicas), está indicada y se justifica el tratamiento. Además, tiene que haber ciertas reservas en el organismo para que haya una respuesta al tratamiento. no debe ser empleado cuando existe una hipersensibilidad conocida al producto, así como en alteraciones graves de la función de la médula ósea. Antes de comenzar la terapia hay que excluir posibles obstrucciones a nivel de las vías urinarias descendentes, sanear posibles focos infecciosos y corregir posibles alteraciones electrolíticas. Hay que observar un cuidado óptimo de la boca.

Dosis Y Vía De Administración: puede administrarse por vía intravenosa, intra-muscular o intracavitaria. La forma más empleada, sobre todo al inicio del tratamiento, es la intravenosa. En

términos generales, para iniciar el tratamiento, entran en consideración dos esquemas posológicos: Administración continua de dosis cotidiana que van de 2 a 6 mg/Kg. (= 150 - 400 mg). Tratamiento a dosis masivas y con intervalos: de 10 a 15 mg/Kg. con intervalos de 7 días aproximadamente; de 20 a 40 mg/Kg. con intervalos de 10-20 días; de 60 a 80mg/Kg. con intervalos de 20-30 días.

Azatioprina: Es un derivado imidazólico de la 6-mercaptopurina (6-MP), activo por vía oral y parenteral, con propiedades inmunosupresoras. Químicamente, es un análogo de las purinas endógenas adenina, guanina e hipoxantina. Es rápidamente metabolizada in vivo a 6-MP y una porción a metilnitroimidazol. La 6-MP atraviesa rápidamente las membranas celulares y se convierte intracelularmente en numerosos tioanálogos de las purinas, incluyendo su principal nucleótido activo, el ácido tiinosínico. La tasa de conversión varía de un individuo a otro. Los nucleótidos no atraviesan las membranas celulares. Independientemente de si se administra directamente o procede de la degradación in vivo de la azatioprina, la 6-MP se elimina fundamentalmente en forma de metabolito oxidado e inactivo, el ácido tiúrico. La oxidación se lleva a cabo por la xantina oxidasa, una enzima que se inhibe por el alopurinol. La actividad de la porción metilnitroimidazólica no ha sido definida hasta el momento. Sin embargo, en varios sistemas parece modificar la actividad de la azatioprina, tal y como se observa comparándola con la de la 6-MP. La determinación de las concentraciones plasmáticas de azatioprina o de 6-MP no posee valor pronóstico en cuanto a efectividad o toxicidad de estos compuestos.

La azatioprina es utilizada como inmunosupresor en los pacientes transplantados, pero también es útil en el tratamiento de la artritis reumatoidea severa, psoriasis artrítica y lupus nefrítico. Actualmente, se está investigando su utilidad en la prevención de la diabetes mellitus, debido a que estudios en animales de laboratorio sugieren que podría prevenir enfermedades autoinmunes.

Farmacocinética: Después de la administración oral la azatioprina presenta una buena absorción en tracto gastrointestinal alto. Estudios en ratones con ³⁵S-azatioprina no mostraron acumulación inusual en ningún tejido en particular, aunque se detectó escaso ³⁵S en cerebro. Los niveles plasmáticos de azatioprina y 6-MP no se correlacionan bien con la eficacia terapéutica o la toxicidad de azatioprina. La azatioprina es metabolizada en el hígado primero a mercaptopurina y luego a otros metabolitos entre los que incluyen ácido 6-tiúrico. Estos metabolitos son eliminados en la orina

Indicaciones Terapéuticas Y Posología: La azatioprina, asociado a esteroides y/u otro agente inmunosupresor, está indicado en el aumento de la supervivencia de los transplantes de órganos, tales como el riñón, el corazón, y el hígado; así como en la reducción de las necesidades de esteroides en receptores de trasplante renal. Azatioprina está indicado en la enfermedad inflamatoria intestinal de moderada a grave. Azatioprina está indicado en la esclerosis múltiple recurrente-remitente clínicamente definida. azatioprina está indicado en las formas graves de enfermedades inmunitarias tales como artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico, dermatomiositis, polimiositis, hepatitis crónica activa autoinmune, pénfigo vulgar, poliarteritis nodosa, anemia hemolítica autoinmune, púrpura trombocitopénica idiopática y piodermia gangrenosa. La azatioprina está indicado en los procesos anteriormente mencionados cuando el paciente no responda a los corticosteroides solos, cuando la dosis de corticosteroides necesaria produzca efectos adversos graves o cuando los corticosteroides estén contraindicados.

Tratamiento del lupus eritematoso sistémico: algunos clínicos consideran que la azatioprina es el

fármaco citotóxico de elección para el tratamiento del lupus eritematoso sistémico. Las dosis de 2 a 3 mg/Kg. en combinación con prednisona deben ser programadas de tal forma que después de 6 meses de tratamiento el paciente reciba prednisona sólo en días alternos. Las dosis de azatioprina se deben reducir hasta la dosis mínima efectiva. Dosis de 50 mg una vez al día pueden ser eficaces en algunos pacientes.

Metotrexato: Ametopterina. Metilaminopterina. Acción terapéutica. Antineoplásico, antipsoriásico, antirreumático.

Propiedades.: El metotrexato es específico de la fase S del ciclo de división celular. Su acción consiste en la inhibición de la síntesis de DNA, RNA, timidinato y proteínas como resultado de la unión relativamente irreversible con la dihidrofolato reductasa, lo que evita la reducción de dihidrofolato a tetrahidrofolato activo. El crecimiento de las poblaciones de células que proliferan rápidamente (células malignas, células epiteliales en psoriasis) es afectado más que el crecimiento de la piel y la mayoría de los tejidos normales. Tiene una leve actividad inmunosupresora. Su absorción es muy variable. En dosis normales se absorbe bien en el tracto gastrointestinal (menos de 30mg/m²), pero en dosis elevadas puede absorberse poco. Atraviesa la barrera hematoencefálica sólo en cantidades limitadas (de la sangre al SNC), sin embargo, pasa en forma significativa a la circulación sistémica luego de la administración intratecal. Su unión a las proteínas es moderada (50%) y su metabolismo es hepático e intracelular (a poliglutamatos, que son retenidos en las células). El tiempo hasta la concentración máxima es de 1 a 5 horas por vía oral y de 30 a 60 minutos por vía IM. Se elimina por vía renal 40% a 90% en forma inalterada.

Indicaciones. Leucemia linfocítica aguda, leucemia mieloblástica aguda, carcinoma de mama, carcinoma de pulmón de células escamosas y de células pequeñas, linfomas no Hodgkin, linfosarcomas, psoriasis refractaria y severa que no responde en forma adecuada a otros tratamientos, artritis reumatoidea que no responde a otras terapéuticas, tumores trofoblásticos y carcinoma de cabeza y cuello (epidermoide). Las indicaciones se encuentran en constante revisión, como también la dosificación y los protocolos de tratamiento.

Dosificación: Comprimidos: adultos: oral de 15mg a 50mg/m² una o dos veces a la semana, con dependencia del estado clínico del paciente y de otros fármacos usados en forma simultánea; psoriasis: dosis inicial: 10mg a 25mg una vez a la semana hasta un máximo de 50mg a la semana; 2,5mg a 5mg cada 12 horas en tres tomas, o en 4 tomas cada 8h una vez a la semana, hasta un máximo de 30mg a la semana, o 2,5mg una vez al día durante 5 días, seguidos de un período de descanso de 2 días; hasta un máximo de 6,25mg/día; artritis reumatoidea: 7,5mg a la semana; dosis pediátrica, como antineoplásico: 20mg a 30mg/m² una vez a la semana. Forma farmacéutica parenteral: adultos: IM o IV, 15mg a 50mg/m² una o dos veces a la semana; psoriasis: IM o IV, 10mg a 25mg, una vez a la semana, hasta un máximo de 50mg a la semana; dosis pediátrica, como antineoplásico: IM, de 20mg a 30mg/m² una vez a la semana.⁵⁰

⁵⁰ Publicación de Literatura Medica, PLM, Edición, 51^a. 2005.

Electrofisiología: Velocidades de conducción:

Se pretende aplicar técnicas de Tratamiento de señales e Inteligencia Artificial, para estudiar parámetros que permitan evaluar el comportamiento de los biosistemas, en nuestro caso específicamente el comportamiento del sistema nervioso a través del Electroencefalograma, para explicar biofísicamente la incidencia de algunas patologías nerviosas como la Epilepsia, la enfermedad de Alzheimer, la Esclerosis Múltiple y la enfermedad de Parkinson.

Las técnicas de registro electrofisiológico de fijación de voltaje ("patch-clamp") en células aisladas permiten el estudio de las propiedades de las corrientes iónicas que fluyen a través de los diferentes canales iónicos de la membrana plasmática, tanto aquellos acoplados a receptores (nicotínico, GABA), como aquellos operados por voltaje (canales de Na⁺, Ca²⁺, Cl⁻ y K⁺, fundamentalmente). Gracias a las diferentes configuraciones de las técnicas de "patch-clamp" (parche in situ, célula completa, parche aislado) es posible conocer el mecanismo íntimo de acción por el cual una determinada entidad química (neurotransmisor, péptido, fármaco) afecta la cinética de apertura y cierre de un determinado canal iónico.⁵¹

Estas metodologías resultan, por tanto, útiles para conocer el mecanismo de acción de un fármaco, que puede condicionar su uso, eficacia y seguridad en la clínica, por ejemplo calcio-antagonistas con aplicabilidad terapéutica en diversas patologías cardiovasculares o fármacos con actividad agonista de los receptores nicotínicos neuronales, con potencialidad terapéutica en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. En el ITH disponemos de cuatro equipos completos de "patch-clamp", uno de ellos acoplado a un microscopio confocal, que permite la medición simultánea de corrientes iónicas y de cambios de la concentración de calcio en microdominios celulares. En otro de los equipos podemos también medir, simultáneamente, con las corrientes iónicas, la exocitosis con técnicas de capacitancia o amperométricas.

⁵¹[http/ www.Electrofisiologia.educ/inteligencia artificial.](http://www.Electrofisiologia.educ/inteligencia%20artificial)

TABLA I: Criterios de Clasificación de Lupus Eritematoso Sistémico Según el Colegio Americano de Reumatología.

Criterio	Definición.
1. Eritema malar	Eritema fijo, plano o elevado, sobre las eminencias malares, respetando los pliegues nasolabiales.
2. Rash discoide	Zonas eritematosas elevadas con escamas queratóticas adherentes y taponamiento folicular. En las lesiones antiguas puede producirse cicatrización atrófica.
3. Fotosensibilidad	Erupción cutánea desproporcionada tras exposición a la luz solar, por historia u observada por el médico.
4. Úlceras orales	Úlceras orales o nasofaríngeas, normalmente indoloras, observadas por el médico.
5. Artritis	Artritis no erosiva en dos o más articulaciones periféricas, con inflamación, derrame sinovial o dolor a la palpación.
6. Serositis	Pleuritis: historia clínica convincente, roce auscultado por un médico o demostración de derrame pleural. O Pericarditis: documentada por ECG, roce auscultado por un médico o demostración de derrame Pericárdico.
7. Nefropatía	Proteinuria persistente superior a 0,5 g/día o > 3+ si no se ha cuantificado, o. Cilindruria: de hematíes o hemoglobina, cilindros granulosos, tubulares o mixtos.
8. Alteración neurológica	Convulsiones o psicosis, en ausencia de trastorno metabólico, electrolítico o de fármacos que las puedan Producir.
9. Alteración hematológica	Anemia hemolítica con reticulocitosis , Leucopenia < de 4.000/mm ³ en 2 ocasiones ,Linfopenia < de 1.500/mm ³ en ³ 2 ocasiones, Trombopenia < de 100.000/mm ³ no secundaria a fármacos.
10. Alteración inmunológica	Anti DNA positivo , Anti Sm positivo, Anticuerpos antifosfolípidos positivos basado en 1) Anticuerpos anticardiolipinas IgG o IgM (+) a títulos medios o altos 2) Anticoagulante lúpico (+), Serología luética falsamente (+) durante al menos 6 meses.
11. Anticuerpos antinucleares positivos	Título anormal de anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia o por otro test equivalente en ausencia de fármacos capaces de producir lupus inducido por los mismos.

Para el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico son necesarios cuatro de estos 11 criterios, no necesariamente simultáneos.

8.- VASCULITIS.

Las vasculitis son un grupo de enfermedades que se caracterizan por presentar inflamación de los vasos sanguíneos, determinando así deterioro u obstrucción al flujo de sangre y daño a la integridad de la pared vascular. Pueden afectar cualquier tipo de vaso del organismo y el compromiso puede ser de uno o varios órganos o sistemas.

Definición:

Las vasculitis comprenden un grupo heterogéneo de entidades relativamente frecuentes (suponen 1 de cada 300 ingresos en un hospital) de etiologías y manifestaciones diversas, que se caracterizan por la inflamación de los vasos sanguíneos, lo cual compromete su función con el desarrollo de isquemia y necrosis. La inflamación vascular puede acompañarse de sintomatología general (fiebre, astenia, afectación del estado general) y/o el desarrollo de manifestaciones locales orgánicas dependientes del órgano afecto por la vasculitis (afectación cutánea, síntomas neurológicos, dolor abdominal, compromiso renal, etc.). La piel y el tejido subcutáneo se afectan frecuentemente en las vasculitis, esta alta frecuencia de afectación es probablemente debida a diversos factores incluyendo el gran número de vasos dérmicos, la exposición al frío y la presencia de fenómenos de estasis vascular que favorecerían el desarrollo de vasculitis. Las vasculitis pueden manifestarse a nivel cutáneo de diversas formas, desde cambios en la coloración, edema, púrpura, equimosis y necrosis (úlceras) que pueden ser la manifestación inicial y la más accesible de una vasculitis sistémica o localizada. La elevada frecuencia de manifestaciones cutáneas de las vasculitis hace que el reconocimiento de estas lesiones sea importante para el diagnóstico de las mismas.⁵²

Patogenia de las vasculitis

La inflamación de los vasos puede ocurrir por tres mecanismos:

1. **Noxa directa sobre el vaso por algún agente:** este es el mecanismo menos reconocido como responsable del desarrollo de vasculitis. Se han descrito en relación con agentes infecciosos (virales o bacterianos), embolias de colesterol e inyección de ciertos materiales tóxicos (ej. Abuso de drogas).
2. **Procesos inflamatorios dirigidos sobre algún componente de la pared vascular:** se reconocen anticuerpos antimembrana basal, que pueden causar capilaritis en pulmón y riñón y Anticuerpos anti célula endotelial.
3. **Compromiso secundario a un proceso inflamatorio no relacionado directamente a los vasos :** Este es el mecanismo con mayor evidencia en el desarrollo de vasculitis, en donde la formación de complejos inmunes juega un papel fundamental. Cualquier antígeno que permanezca por un tiempo suficiente en el intravascular es capaz de gatillar la producción de anticuerpos, que unidos al antígeno forman complejos inmunes en la circulación

⁵² Conferencia de Chapel Hill (1992).

Los mecanismos inmunes involucrados en el desarrollo de las vasculitis se han clasificado en cuatro tipos:

1. **Asociado con enfermedades atópicas:** En estas las reacciones de hipersensibilidad tipo I son centrales. Hay producción de IgE en respuesta a algún agente ambiental, que se unen a las células plasmáticas a través de su receptor Fc. En las exposiciones posteriores al agente ambiental, la IgE unida induce la degranulación de los mastocitos liberando mediadores que producen reacciones alérgicas.

Ejemplos de vasculitis donde los fenómenos atópicas pudieran jugar un papel son el **síndrome de Churg Strauss** y la **Vasculitis urticarial**

2. **Asociada con autoanticuerpos:** Las reacciones de hipersensibilidad tipo II involucran la producción de (auto) anticuerpos tipo IgM o IgG.

En este grupo los anticuerpos más importantes reconocidos son los anticuerpos anti citoplasma de neutrófilos (ANCA) y los anticuerpos anticélulas endoteliales (AECA). Los ANCA son detectados por técnicas de inmunofluorescencia, que reconoce dos patrones: fluorescencia granular citoplasmática (cANCA) o fluorescencia perinuclear (pANCA). También se pueden detectar los antígenos blanco de los ANCA a través de técnica de ELISA, pudiendo reconocer a la proteinasa-3 (PR3) en el caso de los cANCA y a la Mieloperoxidasa (MPO) en el caso del pANCA.

Tanto el PR3 como el MPO son proteínas que se almacenan en los gránulos azurofílicos de los polimorfonucleares, y tienen funciones importantes como actividad proteolítica, activación de citokinas, control de crecimiento y diferenciación celular y formación de especies reactivas de oxígeno. Estas proteínas pueden expresarse en la membrana celular, siendo blanco de unión de los ANCA lo que determina la activación celular y subsecuente daño endotelial.

Las vasculitis clásicas ANCA (+) son la **Vasculitis de Wegener (GW)**, la **Poliangiitis microscópica (MPA)** y la vasculitis de **Churg Strauss**.

También se han descrito ANCA, principalmente pANCA en algunas infecciones, reacciones a drogas y tumores.

Los AECA se pueden detectar por técnica de ELISA. Constituyen un grupo de autoanticuerpos, cuyo antígeno no está bien definido. Se pueden encontrar en una serie de vasculitis primarias (Kawasaki, Wegener, MPA) o secundarias, y no es claro si juegan un papel patogénico en estas o se trataría de un epifenómeno.

3. **Asociada con complejos inmunes:** estas se caracterizan por presentar complejos inmunes circulantes y depósito de estos en las paredes de los vasos sanguíneos. Representan una reacción de hipersensibilidad tipo III. Los complejos inmunes son el resultado de la unión covalente del antígeno y su anticuerpo. Sólo en dos entidades se ha identificado el antígeno circulante en los complejos inmunes: antígeno de hepatitis B en la **Poliarteritis Nodosa (PAN)** y antígeno de la Hepatitis C en algunos pacientes con **Crioglobulinemia mixta**

esencial. Otro ejemplo de estas vasculitis es el **Púrpura de Henoch-Schönlein**, en la que se identifican complejos inmunes que contienen IgA.

4. **Asociada con Hipersensibilidad mediada por linfocitos T:** representan una reacción de hipersensibilidad tipo IV.

En la pared arterial se encuentra un gran número y proporción de linfocitos T CD4 infiltrantes. También se encuentran macrófagos y células gigantes, con ausencia casi total de neutrófilos y células plasmáticas. Ejemplos de estas vasculitis son la **Arteritis de la Temporal** y la **Arteritis de Takayasu**, ambas vasculitis de grandes vasos.

Clasificación de las vasculitis según por tamaño del vaso comprometido.

Vasos Pequeños			
Asociadas	de	con	ANCA:
Síndrome de Wegener	de	o	de Wegener
Poliangiitis Microscópica		Granulomatosis	(Micropoliangiitis)
Síndrome de Churg-Strauss		Secundarias a infecciones y drogas	
Asociada	con	Complejos	Inmunes
Púrpura de Henoch-Schönlein			
Crioglobulinemia			
Vasculitis urticarial			hipocomplementémica
Síndrome de Goodpasture			
Enfermedad de Behcet			
Enfermedad del suero			
Secundaria a otras ETC: Lupus, Artritis Reumatoide y Sjögren			
Secundaria a drogas e infecciones			
Paraneoplásicas			
Secundarias a neoplasias linfoproliferativas, mieloproliferativas y carcinoma			
Asociada con Enfermedad Intestinal Inflamatoria			
Vasos			medianos
Poliarteritis Nodosa			(PAN)
Enfermedad de Kawasaki			
Vasos			Grandes
Arteritis de Células Gigantes			
Arteritis de Takayasu			

Clínica de las Vasculitis

El espectro de manifestaciones clínicas es muy variado y va desde sólo compromiso estado general, manifestado con baja de peso, anorexia, astenia y fiebre hasta un compromiso de múltiples órganos y sistemas que puede determinar una falla multiorgánica y la muerte del paciente⁵³

Cuadro clínico general:

1. **Piel:** Las manifestaciones son variadas: exantema, púrpura, nódulos subcutáneos, úlceras, necrosis y livedo reticularis. Estas lesiones traducen compromiso inflamatorio de arteriolas y capilares subcutáneos y de la dermis, y que puede ser necrotizante o granulomatoso al examen histológico. La distribución no es constante, pudiendo existir compromiso de extremidades, tronco o ambos.
2. **Neurológico:** lo más frecuente es la neuropatía periférica, que se puede manifestar como mononeuritis múltiple o menos frecuente como polineuropatía. Está determinada por compromiso inflamatorio de los vasos del epineuro y produce alteraciones de las fibras sensoriales (parestias, disestesias, hormigueo y sensación de "corriente") o de las fibras motoras (paresia) o ambas. El compromiso de los vasos meníngeos es menos frecuente, aunque la cefalea puede ser la manifestación más frecuente e intensa de la arteritis de la Temporal.
3. **Músculo:** compromiso inflamatorio de los vasos musculares, lo que determina una miopatía con dolor en masas musculares y déficit de fuerzas. Se caracteriza por producir elevación de las enzimas CPK y LDH.
4. **Articulaciones:** se observan artralgiás, en general de articulaciones grandes y artritis en un 10-20% de los pacientes.
5. **Vísceras:** puede haber compromiso de cualquier órgano. Los más frecuentes son el compromiso de **vía aérea-pulmón** y **riñón**. En la vía aérea el compromiso vascular puede determinar una sinusitis, otitis, mastoiditis, perforación del tabique nasal y alteración de cuerdas vocales. Las manifestaciones pulmonares pueden ser hallazgos radiológicos como formación de nódulos, cavitaciones o infiltrados hasta hemoptisis y hemorragia pulmonar con el subsecuente compromiso ventilatorio del paciente. El compromiso renal puede manifestarse como cualquiera de los síndromes nefrológicos clásicos: síndrome urinario, nefrítico o nefrótico, que pueden llevar a la insuficiencia renal terminal. También puede manifestarse como HTA de reciente comienzo o difícil manejo.

Otros compromisos que se pueden observar son el **intestinal**, con hemorragia digestiva, perforación u obstrucción intestinal; **cardíaco**, con isquemia miocárdica; **ocular**, con episcleritis, uveítis y amaurosis; **hepático**, con elevación de transaminasas.

Las distintas vasculitis pueden manifestar ciertos patrones de compromiso de órganos y sintomatología predominantes que orientan en la diferenciación clínica:

⁵³ Ledford DK. Immunologic aspects of vasculitis and cardiovascular diseases. JAMA 1997,

- Compromiso de pulmón y riñón (síndrome riñón-pulmón) en la GW y MPA.
- Compromiso piel y riñón (síndrome dérmico—renal) en el Púrpura Henoch- Schönlein y en las Crioglobulinemias
- Compromiso vía aérea superior en la granulomatosis de Wegener
- Compromiso pulmonar obstructivo, tipo asma bronquial, en el Churg-Strauss
- Compromiso intestinal, con dolor y hemorragia intestinal en el Púrpura de Henoch-Schönlein
- Ausencia de pulsos en extremidades en Arteritis de Takayasu
- Cefalea, compromiso ocular y mandibular en la Arteritis de la Temporal

Laboratorio en las Vasculitis

Los exámenes que se solicitan van orientados a confirmar el compromiso inflamatorio sistémico de estas vasculitis, el compromiso particular de los distintos órganos y exámenes diagnósticos para diferenciar tipo de vasculitis.

1. Hemograma-VHS: es frecuente encontrar anemia de grado variable, habitualmente normocítica-normocrómica, Plaquetas y VHS elevadas.
2. Perfil bioquímico: evaluar compromiso renal (elevación del BUN), hepático (transaminasas y bilirrubina) y muscular (LDH)
3. Creatininemia para evaluación de la función renal y sedimento de orina para evaluar la presencia de proteinuria y de inflamación glomerular: hematuria con glóbulos rojos dismórficos y presencia de cilindros, principalmente hemáticos.
4. CPK para evaluación compromiso inflamatorio muscular
5. Radiografía de Tórax, en busca de infiltrados o nódulos pulmonares
6. Electromiografía (EMG), que certifica mononeuritis múltiple, polineuropatía o miopatía
7. ANCA, anti-PR3 y anti-MPO: que son positivos hasta en 90% de los GW y MPA
8. Crioglobulinas séricas y niveles de complementos C3 y C4.
9. Serología de Hepatitis B y C cuando se sospecha formación de crioglobulinas.
10. Angiografía, que demuestra irregularidades del calibre de los grandes vasos en caso de Arteritis de Takayasu

Histopatología

Idealmente se debe procurar biopsia del tejido u órgano comprometido para estudio histopatológico y certificación diagnóstica. Los órganos más frecuentemente biopsiados en estas vasculitis son la piel, nervio sural, vía aérea superior (principalmente senos nasales y paranasales) y riñón. Menos frecuente, por la dificultad técnica que implica, el pulmón. Cuando hay sospecha de Arteritis de la Temporal, el sitio de biopsia es la arteria temporal.

Los hallazgos que se buscan para hacer el diagnóstico son la inflamación arterial, necrosis o granulomatosis. Siempre se complementa con inmunofluorescencia en busca de depósitos de IgA (Henoch Schönlein), IgM e IgG (crioglobulinemias). Las vasculitis asociadas a ANCA son habitualmente pauci-inmunes, o sea su inmunofluorescencia es negativa.

Tratamiento

Una vez hecho el diagnóstico de vasculitis determinada, es necesario comenzar un tratamiento precoz para evitar el desarrollo de complicaciones y evitar la morbimortalidad que puede ser elevada en poliangiitis. El diagnóstico muchas veces requiere la exclusión de otras enfermedades que pueden producir sintomatología similar, principalmente infecciones y tumores

La mayoría de las vasculitis requiere tratamiento esteroideal en dosis altas, que puede ser dado en forma oral (Prednisona 0.5-1 mg /kg peso/día) o en pulsos endovenoso, cuando exista riesgo de compromiso de órgano vital (ej desarrollo de rápida insuficiencia renal, hemorragia pulmonar masiva, compromiso visión etc). La duración del tratamiento esteroideal es variable, dependiendo del tipo de vasculitis y la respuesta al tratamiento instaurado. En general se debe intentar la disminución rápida, aunque gradual, de las dosis para evitar las temidas complicaciones de los corticoides (aspecto de Cushing, hipertensión arterial, elevación de la glicemia, aparición de estrías y acné, glaucoma, necrosis ósea avascular, infecciones y otras etc.).

La efectividad del tratamiento de las vasculitis ha sido analizada repetidamente en los últimos años. Como tratamiento de mantención, prevención de recaídas y "ahorrador de esteroides", el tratamiento combina el uso de corticoides con citotóxicos como el Metotrexate, Azatioprina o Ciclofosfamida. La elección de estos estará dada por el tipo de vasculitis, la extensión del compromiso clínico, la respuesta al tratamiento y efectos adversos. Estos medicamentos tienen riesgo de complicaciones, que pueden ser fatales. La principal complicación son las infecciones.

La Ciclofosfamida puede causar infecciones asociadas o no con leucopenia o hipogamaglobulinemia secundaria, cistitis hemorrágica, cáncer vesical, insuficiencia ovárica y testicular con infertilidad secundaria. El Metotrexate tiene riesgo de hepatotoxicidad y requiere un estricto control de pruebas hepáticas, además leucopenia, úlceras orales. La azatioprina también tiene riesgo de infecciones y leucopenia. Todas pueden ser potencialmente teratogénicas.

Vasculitis de vaso grande

Arteritis de la Temporal

Esta vasculitis aumenta directamente con la edad, observándose preferentemente en adultos mayores de 50 años. Compromete el doble a mujeres que a los hombres, y de preferencia se observa en población blanca.

Prevalencia: 223 casos por 100.000 habitantes mayores de 50 años.

Clínica:

- CEG son marcados, con astenia, anorexia y baja de peso.
- Fiebre de grado variable en 15% de los casos.
- Cefalea, que puede ser el síntoma predominante. La localización es variable, pudiendo ser frontal, occipital o generalizada. Se puede acompañar de sensibilidad en el cuero cabelludo, que se presenta al peinarse o lavarse el pelo. Al examen se puede encontrar las arterias

temporales engrosadas, con nódulos y sensibles. También puede encontrarse áreas de necrosis o infartos de cuero cabelludo

- Manifestaciones oftálmicas, hasta en 25-50% de los pacientes. Son secundarias a la oclusión de arterias orbitales u oftálmicas. Puede presentarse desde visión borrosa y disminución agudeza visual hasta amaurosis total, habitualmente súbita y permanente. Esto constituye una emergencia médica, que requiere un tratamiento agresivo y precoz
- Claudicación mandibular, en hasta 2/3 de los pacientes. En forma ocasional se asocia a parestesias en la lengua, pérdida del gusto y dolor.
- Otras menos frecuentes: hipoacusia, depresión, confusión, insuficiencia cardíaca

Dentro de la clínica es importante mencionar que hasta en 50% de los pacientes se encuentran síntomas compatibles con una **Polimialgia Reumática (PMR)**. Se considera a la Arteritis de la Temporal una enfermedad estrechamente relacionada a la PMR, pudiendo ser esta última la forma más leve del espectro de la enfermedad

La PMR puede presentarse aislada o acompañando a la Arteritis de la Temporal. Se manifiesta en su forma clásica con dolor en cintura pélvica y escapular. Habitualmente el paciente refiere no poder desarrollar actividad que involucren levantar los brazos: tender la ropa, peinarse, lavarse el cabello o actividades que movilicen cintura pélvica como pararse de una silla. El dolor es simétrico, bilateral y es frecuente que se asocie a rigidez, principalmente posterior al reposo. El examen neurológico es normal (fuerza, tono y ROT).

Estos pacientes frecuentemente presentan GEG marcado, baja de peso y en un porcentaje variable edema de manos y sinovitis (muñeca, rodillas), usualmente transitorio y leve.

Laboratorio

No hay marcador específico. La VHS se encuentra elevada en 90% de los pacientes.

Histopatología

Biopsia de arteria temporal: característicamente se encuentra un infiltrado inflamatorio granulomatoso, que compromete como panarteritis vasos de mediano y gran tamaño. El compromiso inflamatorio puede ser focal, lo que determina que la biopsia puede ser "negativa".

Tratamiento

El tratamiento esteroideal es de elección. En la Arteritis se debe iniciar tratamiento con dosis altas de corticoides (Prednisona 1 mg/kg/día o pulsos de Solumedrol en casos de compromiso oftálmico), y luego disminución gradual en un tiempo variable dependiendo de la respuesta clínica, habitualmente de 12-18 meses de tto.

En la PMR las dosis de esteroides necesarias para el control de la enfermedad son menores, habitualmente iniciando con 20-30 mg prednisona con una disminución gradual lenta, también por un período prolongado de tratamiento (18-24 meses)

Arteritis de Takayasu

Afecta predominantemente a mujeres jóvenes (razón mujer: hombre de 9:1), siendo más frecuente en la raza oriental. Puede comprometer arco aórtico y sus ramas (en la forma clásica), pudiendo también comprometer Aorta torácica, abdominal, arterias renales y arteria pulmonar.

Clínica:

- CEG y fiebre
- Artralgias y mialgias
- Manifestaciones secundarias a la obstrucción de flujo de vaso sanguíneo de la arteria comprometida: claudicación de extremidades superiores (dificultad para levantar los brazos, peinarse, colgar ropa) y reducción o ausencia pulsos al examen físico. Pueden presentarse mareos, síncope y alteraciones visuales
- En etapas más tardías puede presentarse insuficiencia cardíaca y/o HTA de difícil manejo por estenosis de arterias renales

Laboratorio:

Hay VHS elevada en la mayoría de los pacientes. En ocasiones la Rx tórax demuestra un mediastino ensanchado a expensas del Arco aórtico. Se debe evaluar el compromiso de los vasos por imágenes, siendo el examen de elección la angiografía, que demuestra lumen arterial arrosariado o irregular por la estenosis y/o obstrucción

Histopatología:

En general no se realiza biopsia por el tipo de vaso comprometido. En los casos realizados se evidencia una panarteritis, con presencia de células gigantes multinucleadas. En los casos más avanzadas se pueden observar focos de fibrosis y aneurismas

Tratamiento:

En etapas precoces, donde el compromiso inflamatorio es lo más importante, el tratamiento esteroideal prolongado (Prednisona 1 mg/kg/día) es fundamental. En etapas tardías muchas veces es necesaria la cirugía, para reparar y excluir las regiones arteriales estenosadas.

Vasculitis de vasos medianos.

Poliarteritis Nodosa

Es una vasculitis poco frecuente. Se presenta por igual en hombres y mujeres, de cualquier raza. A pesar que puede presentarse a cualquier edad, el promedio de edad de presentación es 50 años.

Prevalencia: 5 casos por millón de habitantes.

Clínica:

- CEG, baja de peso, fiebre y fatiga. Artralgias
- Lesiones cutáneas hasta en 60% de los pacientes: púrpura, infartos, úlcera, livedo reticularis y cambios isquémicos en dedos manos y pies.
- Neuropatía sensitiva y/o motora de predominio en extremidades inferiores hasta en 70%, pudiendo ser la manifestación inicial de la enfermedad.
- Compromiso renal de tipo vascular, con HTA e insuficiencia renal. En el sedimento no hay elementos de inflamación glomerular
- Compromiso digestivo: dolor abdominal, alteración pruebas hepáticas, hemorragia digestiva y/o diarrea
- Compromiso testicular con dolor u orquitis
- Cardiomegalia en 20% e insuficiencia cardíaca

Laboratorio:

Marcadores de inflamación: VHS y PCR elevadas, anemia normocítica-normocrómica y trombocitosis. En un alto porcentaje (hasta en 50%) hay antigenemia del virus de Hepatitis B (pudiendo ser portadores crónicos o presentar una hepatitis aguda por virus B). Puede haber crioglobulinemia asociada

La angiografía es útil para confirmar el diagnóstico y demuestra compromiso de arterias de mediano tamaño, alternando sitios de estenosis con dilataciones aneurismáticas y trombosis.

Histopatología:

Etapas agudas: edema de la íntima y necrosis fibrinoide de las arterias musculares con infiltrado de polimorfonucleares neutrófilos y ocasionalmente eosinófilos y polvo nuclear. En la etapa crónica hay infiltrado mononuclear, engrosamiento de la íntima por fibrosis, destrucción de la lámina elástica, cicatrices fibrosis de la túnica media, estrechamiento del lumen, trombosis y disección.

Tratamiento:

Debe evaluarse presencia de Hepatitis B para evaluar tratamiento con interferon alfa. Uso de esteroides (dosis de 1 mg/kg/día) fraccionado, habitualmente asociado a citotóxicos orales o endovenosos (Ciclofosfamida).

Enfermedad Kawasaki

Vasculitis que se presenta en preferentemente en niños menores de 2 años. Compromete más a niños que niñas, con razón de 1,5:1. Afecta de preferencia a las arterias coronarias

Clínica:

- Fiebre, que debe ser de más de 5 días de duración

- Conjuntivitis bulbar, no supurativa, bilateral
- Exantema cutáneo polimorfo
- Cambios en la mucosa oral: labios secos, rojos y fisurados, lengua aframbuesada, eritema orofaríngeo
- Adenopatías cervicales no supurativas, mayores de 1.5 cm de diámetro
- Cambios en palmas manos y planta pies: eritema y edema indurado. Posterior al décimo día de evolución se puede observar descamación de la punta de los dedos.
- Artralgias y artritis en 20-30%
- Meatitis y disuria
- Compromiso neurológico: irritabilidad, convulsiones y Meningitis aséptica
- Compromiso gastrointestinal: dolor abdominal, vómitos y diarrea. Ictericia secundaria a hidrops vesicular. Puede haber ileo paralítico y alteración de pruebas hepáticas
- Compromiso cardíaco que es el de mayor trascendencia: pericarditis, miocarditis, disfunción valvular e insuficiencia cardíaca

Laboratorio:

Marcadores de inflamación: VHS y PCR elevadas, anemia normocítica-normocrómica y trombocitosis. ECG puede demostrar un intervalo PR y QT prolongado, cambios en segmentos ST y arritmias. La Rx tórax puede demostrar cardiomegalia (secundaria a la miocarditis o pericarditis). Ecocardiograma puede demostrar cambios en las arterias coronarias como dilatación y aneurismas. Los pacientes que presentan dolor al pecho o evidencias de IAM, deben realizarse una coronariografía

Histopatología:

En la etapa inicial hay edema e infiltración de leucocitos y linfocitos. Posteriormente hay necrosis fibrinoide de arterias de mediano tamaño. Aneurismas con trombosis en vasos coronarios.

Tratamiento:

El uso de Gamaglobulina endovenosa en forma precoz ha demostrado disminuir la frecuencia de dilataciones y aneurismas coronarios, especialmente el desarrollo de aneurismas mayores de 8 mm que son los que asocian a una mayor mortalidad. También debe agregarse Aspirina (3-5 mg/kg/día) como antiagregante plaquetario.

Vasculitis de vaso pequeño⁵⁴

Granulomatosis de Wegener

Vasculitis necrotizante con formación de granulomas. Se presenta por igual en hombres y mujeres, con edad promedio de presentación entre los 40-55 años.

Prevalencia: 3/100.000 habitantes. Igual proporción de hombres y mujeres

⁵⁴ Jennette JC, Falk RJ. Small vessel vasculitis. N Eng J Med 1997, 337:1512

Clínica:

- CEG, fiebre, anemia N-N y VHS elevada. Mialgias y artralgias
- Compromiso cutáneo: nódulos subcutáneos, púrpura palpable, úlceras, vesículas o pápulas
- Compromiso vía aérea superior: síntomas nasales, sinusales, traqueales u óticos. Puede presentarse epistaxis, úlceras mucosas, perforación del septum nasal, deformaciones nasales (nariz en silla de montar), otitis media, parálisis nervio facial, estridor.
- Compromiso pulmonar, que puede ser un hallazgo a la radiografía en forma de nódulos o infiltrados, o ser sintomático con hemoptisis o insuficiencia respiratoria secundaria a hemorragia alveolar. Hasta 85% de los pacientes durante su evolución puede presentar este compromiso
- Compromiso renal hasta en 75% de los casos, con sedimento de orina inflamatorio (hematuria dismórfica, cilindros hemáticos) e insuficiencia renal de grado variable
- Compromiso ocular: proptosis, diplopia, alteraciones de la mirada conjugada y pérdida visual

Laboratorio:

Marcadores de inflamación: trombocitosis, VHS y PCR elevada, anemia de enfermedad crónica. Hay presencia de ANCAc hasta en 95% de los pacientes con enfermedad generalizada, con ELISA positivo para el antígeno del ANCAc, la proteinasa3 (PR3). El ANCA tiene valor diagnóstico en esta enfermedad, y también es un elemento útil para el seguimiento de la actividad de la enfermedad.

Histopatología:

la biopsia renal demuestra en la mayoría de los casos una glomerulonefritis focal y segmentaria, que puede progresar a formación de crescentes y esclerosis glomerular. No hay depósito de complejos inmunes. En las biopsias de tejido pulmonar se puede encontrar vasculitis, con formación de granulomas.

Tratamiento

Para la enfermedad generalizada se utilizan esteroides en dosis altas (Prednisona 1 mg/kg/día), asociado a Ciclofosfamida oral 2-3 mg/Kg/día. Los pacientes con enfermedad localizada en vía aérea superior pueden beneficiarse con el uso de Metotrexate semanal, asociada a dosis menores de esteroides. El uso de Trimetoprin/sulfametoxazol (Cotrimoxazol) es controversial, y su utilidad sería la erradicación del *Estafilococo Aureus*, cuya presencia puede determinar una mayor tasa de recaídas de la enfermedad

Poliangiitis Microscópica

Vasculitis necrotizante, sin formación de granulomas.
Afecta por igual ambos sexos

Clínica:

- CEG, fiebre, artralgias
- Compromiso cutáneo: púrpura, petequias, necrosis distal, úlceras
- Compromiso renal con glomerulonefritis en 90% de los pacientes, que puede determinar insuficiencia renal
- Compromiso pulmonar con hemorragia alveolar

Esta enfermedad es la causa más frecuente de síndrome riñón-pulmón

Laboratorio

Marcadores de inflamación elevados. Hasta 80% de los pacientes es ANCAp, con ELISA positivo para el antígeno Mieloperoxidasa (MPO)

Histopatología

Igual que la poliarteritis nodosa pero con compromiso de vaso pequeño

Tratamiento:

El compromiso renal y pulmonar debe ser tratado en forma agresiva con esteroides en dosis altas y Ciclofosfamida en pulsos endovenoso. Cuando hay hemorragia alveolar, se debe adicionar el uso de plasmaféresis.

Vasculitis vaso pequeño limitada a la piel. ⁵⁵

Clínicamente pueden determinar una amplia gama de lesiones cutáneas, desde lesiones tipo urticaria hasta necrosis de extensas zonas de la piel. La lesión más frecuente es el púrpura palpable. Puede asociarse a artralgias y/o mialgias

En la histopatología se encuentra necrosis fibrinoide de las paredes de los vasos, con infiltración de polimorfonucleares, algunos de los cuales están destruidos, lo que determina la presencia de detritus nucleares en los tejidos

Tratamiento: Debe evaluarse presencia de causante etiológico como drogas (Penicilinas, sulfonamidas, tiazidas, alopurinol, quinolonas, propiltiouracilo etc), infecciones sistémicas o paraproteinemias.

En la mayoría de los casos el cuadro es autolimitado, y el paciente puede requerir analgésicos o antiinflamatorios para manejo mialgias/artralgias. En los casos de compromiso cutáneo extenso o persistencia de los síntomas en el tiempo se puede agregar corticoides orales (Prednisona 0.5 mg/kg/día)

⁵⁵ Lotti T, y col. Cutaneous small-vessel vasculitis. J Am Acad Dermatol 1998, 39:667.

Vasculitis por crioglobulinemia

Las crioglobulinas con complejos inmunes que contienen una IgG como antígeno y una IgM (mono o policlonal) con actividad de FR como anticuerpo, que precipitan en frío. Estas crioglobulinas se depositan en las paredes de los vasos, causando inflamación.

Clínicamente se manifiesta por artralgias, mialgias, fatiga y púrpura. Puede determinar neuropatía periférica en 70% de los casos, compromiso renal (glomerulonefritis membranosa proliferativa) en 30% y compromiso hepático en 60%. Hay una fuerte asociación entre la crioglobulinemia y el virus de la hepatitis C (presente en más del 90%)

En los exámenes de laboratorio se encuentran las crioglobulinas, factor reumatoideo, marcadores de virus de Hepatitis C e hipocomplementemia (principalmente de C4)

El tratamiento puede ser sintomático con AINE. Las artralgias y el púrpura pueden requerir uso de corticoides en dosis bajas (0.1-0.2 mg/kg/día). El compromiso renal, la neuropatía y la vasculitis sistémica extensa requieren un manejo más agresivo con dosis mayores de corticoides y plasmaféresis, y ocasionalmente Ciclofosfamida

V.- APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

VI.- DESCRIPCIÓN DEL CASO.

El presente proceso atención de enfermería, esta aplicado una mujer adulta media con vasculitis secundaria a lupus eritematoso. Se realizo la valoración de las 14 necesidades básicas durante su estancia en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

NOMBRE: Maria Eugenia.

CCUPACIÓN: ama de casa.

RELIGIÓN: Católica.

EDAD: 62 años.

ESTADO CIVIL: casada.

ESCOLARIDAD: secundaria.

Antecedentes Personales de Interés:

Inicio el padecimiento al presentar de forma súbita percepción cromática de la visión central creciente del centro a la periferia y posterior, a un lapso de 30 a 45 min. Perdida de la visión del ojo derecho, ante dicha sintomatología acude con el NOFT, el cual prescribe esteroides retrobulbares, los cuales no mejoraron la sintomatología y por dicho motivo se sometió a cámara hiperbarica en 20 sesiones sin encontrar mejoría y queda únicamente perciba luz sin otro sintomatología, posterior a dicho evento al no haber mejoría, acude con Facultativo (Oftalmólogo) 6 meses después y el cual le aplica esteroides directo al ojo sin mejoría. En julio del 2005 presenta de forma progresiva Hipoestesia de Miembro Izq. Y posteriormente debilidad de la misma que la condicione a usar bastón por lo que acude con Facultativo el cual prescribe Dexametasona y complejo B, remitiendo la sintomatología en 3 días de haber iniciado los síntomas. En julio del 2006 inicia con sintomatología similar a la anterior de la misma pierna y en esta ocasión es valorada por neurólogo el cual inicia con bolos de MTP. Además que por los hallazgos clínicos solicita estudios de imagen y por los hallazgos le considera la posibilidad de un cuadro desmielizante y además de haberle aplicado los bolos deja cuadro de esteroides orales en dosis descendiente con una aparente recuperabilidad completa, quedando sin sintomatología residual, en octubre 2006 inicia con parestesias en porciones distales de las piernas de forma bilateral la cual fue ascendiendo en toda la mano y después de 1hrs. La sintomatología se reproduce de las mismas características en MsPs. Y se agrega paresia de los MsPs, acude con su medico el cual la envía a este centro para su Dx. Y Tx.

Signos Vitales y Somatometria:

Peso Actual: 79 Kg.

T/A: 130/90

Temperatura: 36.8°C

Reparación: 18 / minuto.

Frecuencia Cardiaca: 72/ minuto Talla: 1.62 mts.

❖ NECESIDADES DE OXIGENACIÓN:

Femenino de 62 años de edad, casada desde hace 40, con tabaquismo durante 15 años a razón de 4 cigarros al día suspendiendo hace 2 años, actualmente convive con fumadores, sobre peso superior al de su talla. Actualmente no presenta dificultad respiratoria al hacer ejercicios de rehabilitación, no conoce ni utiliza técnicas que mejoran su respiración, no hay tos, su estado de conciencia es normal aparentemente, la coloración de la piel, los lechos ungüentales y peribucal son normales, así como la circulación venosa.

Sistema: Independiente.

❖ NECESIDADES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

Su dieta es balanceada ya que consume alimentos, variados y completos come frutas y verduras en abundante cantidad, no presenta alergia, ni intolerancia alimenticia; a la masticación y a la deglución de los alimentos no presenta encías hiperémicas y edematizantes, refiere tomar de 1 a 2 litros de agua al día.

Es una persona que actualmente presenta problemas de sobre peso de acuerdo a su talla, por cursar el padecimiento (Vasculitis) y no poder hacer actividades de ejercicio, come acompañada de sus familiares.

La turgencia de la piel es normal, sus membranas mucosas están hidratadas, presenta edema de miembros pélvicos.

Sistema: Independiente.

❖ NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

Ocasionalmente presenta 1 evacuación al día; con la ayuda de alimentos ricos en fibra, laxante y masaje al marco cólico, esta alterada por la presencia de estreñimiento, ya que su evacuación antes de la Vasculitis era 3 veces al día.

Se encuentra con sonda vesical por presentar retención urinaria y para descartar posible infección de vías urinarias, la micción es frecuente, en poca cantidad, y de color amarillo claro.

Sistema: Dependiente.

❖ NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA:

Debido a la presencia de parestia Miembro torácico derecho, parestia de miembro pélvico derecho y parestesia de miembro pélvico izquierdo, ella no puede caminar por si sola, el sistema músculo esquelético, esta afectado debido a que su fuerza, el tono muscular, y la resistencia están disminuidos.

A su ingreso se le diagnostico una Mielopatía en estudio. Ella no es capaz de asistir al baño, ni deambular por su unidad.

Sistema: Dependiente.

❖ NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:

La estancia hospitalaria presenta insomnio (dificultad para conciliar el sueño), debido al estrés que genera el presentar toda la diversidad de sintomatología; en ocasiones, concilia dormir 5 horas, no así se llegan a observar facies de cansancio y ojeras, descansa en el transcurso del día.

Sistema: Dependiente.

❖ NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS:

Persona que se encuentra hospitalizada, su ropa consiste en una bata de tela delgada, refiere sentirse cómoda no le interesa estar con ropa cotidiana mediante su estancia, ella siempre después del baño se maquilla, por que siempre le gusta estar bien presentable para las visitas de tiene durante el día.

Sistema: Independiente.

❖ NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN:

Es independiente ya que se adapta a los cambios de temperatura, En estos momentos cuenta con medios para conservar la temperatura de la piel, el entorno es pequeño pero con buena ventilación.

Sistema: Independiente.

❖ NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL:

Su aspecto general, normal y adecuado a su estado. Necesita de ayuda para el baño por la mañana, con cambios de ropa diario, utiliza shampoo y desodorante, cremas en el cuerpo para tenerla protegida y lubricada, se lava los dientes tres veces al día con cepillo de cerdas suaves y pasta dental, el aseo de manos antes de comer y después de ir al baño.

En estos momentos, se observa aspecto general con bata limpia institucional, uñas cortas sin esmalte, con venoclisis en miembro superior izquierdo, a la exploración física presenta cabello bien implantado limpio, maquillaje en cara, distensión abdominal, edema en miembros pélvicos.

Sistema: Interdependiente.

❖ NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:

Compone su familia su esposo, y esta muy allegada a sus hijos, nietos y nueras, reacciona con nerviosismo y miedo en situaciones de urgencia, conoce las medidas de prevención de accidentes en el hogar y desastres naturales, en su casa el baño se encuentra dentro de la misma y el piso siempre se encuentra seco, para evitar accidentes.

Durante su estado patológico acudió con varios médicos, para detener y erradicar su enfermedad, el cual ha sido difícil detener por diversas sintomatologías, ahora se encuentra en el INNN, para que sea tratada.

Presenta inmovilidad, refiere angustia por no ser independiente, pero siempre se encuentra con un familiar para que sea asistida.

Sistema: Dependiente.

❖ NECESIDAD DE COMUNICARSE:

Casada desde hace 40 años, vive con su esposo en casa propia, mantiene buena relación con todos los integrantes de su familia, y vecinos de su casa, se describe como una persona bromista, extrovertida, en estos momentos preocupada por su estado de salud.

Sistema: Independiente.

❖ NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES:

Católica, casada por este orden religioso desde hace 40 años, acude los domingos a escuchar misa, refiere tener mucha fe en Dios, celebra fiestas tradicionales, aunque en este momento se siente olvidada y desamparada tiene sensación de pérdida de su fe católica, por la incertidumbre de los que pasara.

Sistema: Independiente.

❖ NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE:

Esta contenta con las actividades del hogar que realizaba, refiere que por su edad no trabaja, y gracias a su esposo e hijos tiene ingresos.

Sistema: Independiente.

❖ NECESIDAD DE APRENDIZAJE:

Ha sido mucha ya que su enfermedad genero el deseo de (saber y conocer): a obtenido mayor información acerca de su padecimiento; con la ayuda de sus hijos navegando en Internet y de diferentes fuentes bibliograficas mas datos.

VII.-PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1.- ELIMINACIÓN.

Déficit de la eliminación urinaria relacionada con la presencia de hipernatremia, manifestado por edema de miembros pélvicos.

OBJETIVO:

Disminuir la cantidad de sodio.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA:

- ✓ Instalación de sonda foley a derivación continua, previo aseo vulvar.
- ✓ Cuantificación de la diuresis horaria y registro diario (balance de líquidos).
- ✓ Vigilar y Valorar edema.
- ✓ Vigilar las características de la piel.
- ✓ Toma de densidad urinaria.
- ✓ Vendaje de miembros inferiores.

FUNDAMENTACIÓN:

La disminución de la diuresis viene ocasionada por el mal funcionamiento renal.

El edema se caracteriza por una extravasación de líquidos en el espacio intersticial y su grado es variable y se evalúa clínicamente por los segmentos corporales que comprende, (Signo De Godete) por lo cual es importante conocer el peso diariamente.

Se deberá medir la Densidad urinaria que es un .Método sencillo para valorar la concentración total de solutos en una muestra de orina. Es inexacto, pues puede sobré valorarse cuando hay cantidades elevadas de glucosa, proteínas o contrastes radiológicos en la orina. La determinación de la osmolaridad urinaria es más exacta a la hora de valorar la capacidad renal de concentrar y diluir la orina.

La agresión de esta patología tiene alteración de la inervación de la vejiga y la uretra, que modifica la dinámica miccional y cuya expresión más característica, que no la única, es la incontinencia.

A nivel parasimpático: 1) lesión cerebral que comprende las enfermedades con una afectación neurógena vesical, situadas a nivel cerebral; desde el punto de vista clínico, producen urgencia o incontinencia urgente como consecuencia de la presencia de contracciones no inhibidas , las causas más comunes son la enfermedad de Parkinson y los accidentes cerebrovasculares; 2) lesión medular alta que está situada por encima de S2-S4; desde el punto de vista clínico se

manifiesta por una micción refleja, involuntaria, incontinente; presenta hiperreflexia vesical y disinergia detrusor-esfínter, y 3) lesión medular baja, que afecta a S2-S4, presenta una micción involuntaria por rebosamiento con insensibilidad. El sondaje intermitente, que facilita el vaciado vesical y mantiene las presiones aceptables.

EVALUACIÓN:

Se logra realizar un adecuado balance hídrico de 24 hrs. diario, la densidad urinaria (D.U.) esta dentro de los parámetros normales: Monitorizando volumen. Gradualmente ha recuperado el control de la micción y desaparición en edema de miembros pélvicos.

Alteración de la función intestinal con el proceso de la enfermedad manifestado por estreñimiento.

OBJETIVO.

Evitar el estreñimiento.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

- Valorar y registrar el modelo de funcionamiento intestinal. Identificar cualquier modelo disfuncional.
- Proporcionar una lista de alimentos ricos en fibra y residuos.
- Incrementar el aporte de líquidos ingresados durante los turnos (24 hrs.)
- iniciar un programa intestinal; por ejemplo,: masaje a marco cólico, laxante oral, estimulación anal y uso de un edema.
- Medicar, según prescripción, administrando laxantes, ablandadores de las heces y bromuro de propantelina.

FUNDAMENTACIÓN.

Este tipo de enfermedades puede causar problemas de eliminación por disminución del peristaltismo. La evaluación del estado de conciencia del paciente permite la toma de decisión sobre un programa de eliminación.

Una dieta controlada rica en fibra y residuos promueve que el peristaltismo normal desplace el contenido intestinal a lo largo del canal alimentario.

El aumento del aporte de líquidos facilita la absorción y promueve el peristaltismo.

Puede ser necesaria la ayuda manual, mecánica o química para superar los efectos de la desmielización sobre la eliminación. Los protocolos pueden variar de una institución a otra.

Puede necesitarse medicación para ajustar la absorción intestinal de metabolitos y reducir los problemas de la espasticidad intestinal (15 o 30 minutos antes de los alimentos).

EVALUACIÓN:

A su ingreso la paciente necesita de la ayuda mecánica de descompactar, por déficit de peristaltismo, Cumplió con las recomendaciones dietéticas para evitar el estreñimiento y se restauraron gradualmente la eliminación intestinal así como el peristaltismo.

2.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA.

Deterioro de la movilidad física relacionado con el proceso de la enfermedad (desmielizante).

OBJETIVO.

Preservar al máximo el funcionamiento físico.

Proteger al paciente de los efectos de la movilidad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

- Proporcionarle reposos; prevenir la fatiga.
- Ejercicios activos y pasivos de amplitud, amplexación y fomentar los movimiento.
- Valorar los campos pulmonares.
- Postura
- Valorar frecuentemente la piel y prominencias óseas para detectar signos de presión.
- Disminuir los efectos cardiovasculares de la inmovilidad, usando las siguientes medidas:
 - ✓ Uso de medias antiembolismo o antitromboticas.
 - ✓ Enseñanza de ejercicios de piernas par incrementar el retorno venoso.
 - ✓ Control de los índices de la circulación periférica: pulso, color, temperatura, sensibilidad, movilidad, y tiempo de rellenado capilar.
 - ✓ Detectar la presencia de edema .

- Administrar, según prescripción sus medicamentos.
- Usar técnicas de reducción del estrés.

FUNDAMENTACIÓN.

El descanso parece aliviar los síntomas; la fatiga puede empeorarlos.

El ejercicio previene la contractura articular y mejora el tono muscular. La circulación mejora con las actividades músculoesqueléticas. El paciente puede lograr una sensación de éxito a medida que mejora la realización de los ejercicios.

La inmovilidad contribuye a la estasis de las secreciones pulmonares, predisponiendo a los pacientes al desarrollo de infecciones y otras complicaciones relacionadas con la inadecuada

expansión torácica.

Enseñar al paciente la importancia de las ayudas facilita la adaptación a su uso. Aunque puede resultar difícil la adaptación a ellas, las ayudas pueden prevenir lesiones y ofrecer al paciente una sensación de seguridad, mientras deambula.

La frecuente valoración y el tratamiento de las áreas de presión es necesaria porque la inmovilidad predispone al deterioro circulatorio con el resultado de una alteración de la integridad de la piel. Los frecuentes cambios de posición redistribuye la presión. La educación sanitaria del paciente y la familia pueden aliviar los problemas pos-alta.

La inmovilización influye en todos los sistemas corporales. El aumento del retorno venoso puede reducir la estasis venosa y el riesgo de tromboembolismo. La identificación de la insuficiencia arterial ayuda a asegurar la oxigenación periférica. El edema sugiere reducción de la circulación periférica y la necesidad de inmediata elevación de la extremidad.

Se están investigando numerosas terapias médicas. La farmacoterapia varía ampliamente, dependiendo del estado del paciente y preferencias del médico.

Estos fármacos pueden reducir la duración de las exacerbaciones. La suspensión súbita de los corticosteroides puede precipitar una insuficiencia suprarrenal.

Los inmunosupresores aun son de valor discutido para la terapia a largo plazo de la enfermedad, pero pueden ofrecer efectos más duraderos que los corticoesteroides.

La respiración profunda, la relajación progresiva o la visualización, están indicados para el estrés esto detendrá precipitar un episodio agudo.

EVALUACIÓN.

La paciente conoció las formas de movilizar los segmentos de su cuerpo, con la ayuda de los barandales de la cama, por lo cual no presentó ninguna lesión que indicara una escara por no moverse, al igual se enseñó a realizar ejercicios activos y pasivos durante su hospitalización.

Alteración del bienestar relacionado con la inmovilidad, dolor, espasmo muscular y parestesias, secundario a la patología.

OBJETIVO.

Aliviar el malestar o dolor.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

- Valorar la presencia de malestar o dolor específicamente, espasmos muscular. y dolor en la parte inferior de la espalda y cadera, y dolor, entumecimiento u hormigueo en la pierna o piernas afectadas, cada 2 a 4 hrs.

- Valorar la presencia de signos y síntomas asociados: enrojecimiento en la parte inferior de la espalda y cadera, defensa de las extremidades afectada y renuencia a moverse.
- Implantar medidas para reducir el malestar:
 - ✓ -Posición adecuada para mantener la alineación corporal con la espalda recta.
 - ✓ -Eleva la cabecera de la cama con las rodillas del paciente ligeramente flexionadas o colocadas según indicado.
 - ✓ -Cambiar al paciente de posición cada 2 hrs.
- Cuando se ordene el aumento de actividad, enseñar al paciente a levantarse de la cama usando los músculos de los brazos y abdominales; limitar la actividad a permanecer tendido de cama, sentado en una silla de respaldo recto durante cortos intervalos o deambular (si se puede); evitar los asientos demasiado mullidos o flexibles.

FUNDAMENTACIÒN.

El entumecimiento y dolor en la parte inferior de la espalda y piernas, se presenta en este tipo de patologías o en secuencia de la nula movilidad que se proporciona, además (algunos pacientes experimentan dolor y espasmo muscular durante toda la estancia hospitalaria). El dolor y el propio espasmo muscular, habitualmente son causados por irritación muscular y de la raíz nerviosa afectada por el proceso patológico.

El paciente puede no decir que tiene dolor, pero los indicadores no verbales pueden revelar su existencia. Algunas personas no les gustan pedir medicación analgésica.

Estas medidas ayudan a aliviar el malestar reduciendo la tensión sobre las zonas afectadas y la presión sobre las raíces nerviosas raquídeas.

La actividad debe aumentarse gradualmente y debe mantenerse en todo momento una alineación corporal adecuada para prevenir el espasmo muscular y traumatismos raquídeos. Aunque los asientos mullidos y suaves pueden ser confortables al principio, provocan fatiga.

EVALUACIÒN.

Expresa una reducción del dolor, entumecimiento y hormigueo, muestra una expresión facial y postura corporal relajada, también aumenta la participación de las actividades, usando mecánica corporal para realizar ejercicios la que da como resultado tolerar la actividad.

3.-NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Alteración del patrón de sueño relacionado, al estrés secundario a la preocupación y malestar asociado a la enfermedad.

OBJETIVO.

Reducir los trastornos del sueño durante la hospitalización.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

- Proporcionar periodos de reposo y sueño.
- Valorar y registrar los factores que pueden provocar alteraciones del sueño. Tratar las causas adecuadamente, por ejemplo,
 - ✓ Dolor provoca insomnio, administrar analgésicos antes de acostarse u otras medidas de bienestar.
 - ✓ Agrupar los procedimientos para evitar interrumpir ciclos de sueño.
- Siempre que sea posible, adaptar el entorno hospitalario para que se asemeje al domicilio del paciente.
- Proporcionar un entorno tan tranquilo como sea posible.

FUNDAMENTACIÓN.

Las personas con este tipo de patologías tienen menos periodos de sueño de estadio IV, y se despiertan espontáneamente. Los periodos de sueño más cortos y frecuentes son, en muchos casos, más apropiados que un largo periodo de sueño.

La privación de sueño puede resultar en confusión, irritabilidad, pérdida de memoria a corto plazo u otras manifestaciones neuropsiquiátricas.

Mover la cama para que ocupe una posición similar a la del domicilio (no siempre posibles) o modificar otros detalles de la habitación, facilita una sensación de seguridad y familiaridad y promueve la comodidad ambiental, induciendo el reposo y el sueño.

La similitud de los ruidos ambientales fomenta la relajación.

EVALUACIÓN.

La paciente a un corto plazo dentro de la hospitalización concilio el sueño como habitualmente lo hacía en su casa, mediante la plática con sus familiares hasta que le venciera el sueño y tener pertenencias que le traían de su casa como libros donde ella encontraba el descanso, refiere decir que por las mañanas se siente descansada y haber dormido bien.

4.-NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Dolor agudo relacionado a espasmos y mecanismos patológicos.

OBJETIVO.

Prevenir o minimizar el dolor.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

- Obtener la historia álgida: localización, carácter, intensidad, frecuencia, duración, signos y síntomas asociados, y medidas de alivio usadas.
- Valorar los indicadores no verbales de dolor, tales como:
 - ✓ agitación, tensión, contorsiones, diaforesis, posición de defensa, taquipnea e hipotensión o bradicardia e hipotensión.
- Colocar al paciente en la posición adecuada para evitar el dolor. Evitar la presión o tensión sobre el área dolorosa. Si la zona dolorosa es una extremidad, elevarla, animar al paciente a adoptar una posición cómoda, pero a cambiarla por lo menos cada hora. Si el paciente esta inmóvil, realizar cambios posturales por lo menos cada hora.
- Aplicar frío o calor a la zona afectada
- Masajear el área dolorosa (abdomen), o animar al paciente a que lo haga, a menos que este contraindicado.
- Enseñar al paciente técnicas de relajación, como la respiración rítmica o el entrenamiento autogénico. Si el paciente tiene dificultad para establecer una respiración rítmica, establecer contacto visual y decirle: "fíjese en mí ahora respire como yo lo ago".

FUNDAMENTACIÓN.

Identificar las características del dolor ayuda a determinar las medidas para aliviarlo.

El paciente puede no verbalice su dolor, pero la expresión de las expresiones faciales, postura, tensión corporal y otros signos físicos pueden ayudar para valorar la gravedad del dolor y su relación con la actividad y postura. La taquipnea, taquicardia, e hipertensión resultan de la estimulación del sistema nervioso simpático; la respuesta vasovagal al dolor.

Las medidas citadas evitan añadir otras fuentes de posible dolor a una zona ya dolorida. Los cambios posturales son necesarios para aumentar el aporte sanguíneo a los tejidos lesionados y para prevenir las complicaciones de la disminución de la movilidad, como atelectasias y tromboflebitis. Puesto que el hecho de cambiar de posición puede aumentar temporalmente el dolor, por lo mismo puede que tenga que recordar al paciente, la necesidad de no omitir esta importante medida.

El calor aumenta el aporte de sangre a la zona y puede relajar un doloroso espasmo muscular. El frío reduce la inflamación. También disminuye la neurotransmisión a través de las fibras periféricas. A, de pequeño diámetro, que transportan las sensaciones dolorosas de intensidad y aparición aguda, las fibras periféricas tipo C, que transportan las sensaciones dolorosas sordas o crónicas.

El masaje proporciona estimulación cutánea. La estimulación por el tacto de las fibras sensitivas limita la transmisión del impulso doloroso a lo largo de las vías ascendentes del dolor hasta el cerebro, según la teoría de control de la compuerta.

Las técnicas de relajación ayudan a disminuir la tensión. Ayudan al paciente a centrarse en relajar

ciertas partes corporales y ayudan a la liberación de endorfinas. Las endorfinas también potencian los analgésicos narcóticos.

EVALUACIÓN.

Al llevar acabo este plan la paciente verbaliza alivio de dolor, y también desaparecen los signos y síntomas, solo dice que en ocasiones experimenta una interferencia mínima en la estimulación transcutánea.

5.- NECESIDAD DE COMUNICARSE.

Potencial de duelo disfuncional relacionado con sentimientos no resueltos sobre la perdida funcional.

OBJETIVO.

Identificar el duelo disfuncional y dirigir a la persona a los profesionales adecuados.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

- Valorar y registrar la respuesta de la persona a la experiencia. Identificar los sentimientos no resueltos de cólera o culpabilidad.
 - ✓ Evitar la discusión de la perdida.
 - ✓ Estar alerta ante el posible mecanismo de escape de la situación.
- Valorar y anotar el nivel de actividad diaria de la persona y su capacidad para realizar los roles.
- Valorar el bienestar físico de la persona e iniciar un programa de rehabilitación, explicar la importancia de la salud física.
- Controlar y registrar en la hoja de enfermería la administración de sedantes, antidepresivos y tranquilizantes.
- Observar a la persona en busca de signos y síntomas de suicidio u homicidio potencial: agitación creciente, insomnio, autoincrimanación y sentimientos de inutilidad, desesperación y desamparo.
- Valorar el riesgo de suicidio, hablando con la persona. Consultar con el medico del paciente para intervenir o derivarlo a otros profesionales.
- Usar otras personas de recurso tal como el psiquiatra.

FUNDAMENTACIÓN.

La valoración exacta permite la comprensión de la dinámica del proceso de duelo. La culpa y cólera no resueltas son síntomas comunes de duelo patológico y pueden dar como resultado una depresión grave.

El cerrarse en si mismo y el aislamiento social comúnmente ocurre con el duelo crónico.

El proceso de duelo requiere energía física y emocional. Su prolongación puede dar como

resultado enfermedad y debilidad física. Los síntomas somáticos pueden enmascarar una depresión resultante de un proceso de duelo retrasado o ausente.

Los tranquilizantes, antidepresivos o sedantes ocasionalmente pueden servir de ayuda; no obstante, la sobremedicación puede resultar en una prolongación del proceso de duelo.

La ansiedad y la depresión pueden ser exageradas durante los estados de duelo crónico.

La discusión sincera del potencial suicida con la persona ayuda a identificar y definir los agentes estresantes puede aliviar la ansiedad y no precipitara un intento de suicidio.

La intervención del psiquiatra se centra en la comprensión de las respuestas desadaptadas y en la reanudación de un proceso de duelo positivo.

EVALUACIÓN.

La comunicación de el paciente es fundamental, en la cual se desahogo, se establecieron estrategia, para su pronta recuperación, en donde se discutieron la experiencia de forma real, se le explico sobre la pérdida funcional, se propuso un programa de rehabilitación que es una manera real de recuperar la movilidad, aprendió a expresar y aceptar sus sentimientos y a comprender y aceptar las respuestas de los demás.

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

Vacío espiritual relacionado con la complicación de enfermedad manifestado por preocupación.

OBJETIVO.

Que la paciente continúe con sus prácticas espirituales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

- Preparación psicológica incrementando su creencia espiritual.
- Escuchar los sentimientos negativos que presenta en estos momentos.
- Responder a sus preguntas con la mayor honestidad posible manteniendo una visión positiva y de esperanza.

FUNDAMENTACIÓN.

La mayoría de los seres humanos buscan la fe de la existencia de Dios lo cual caracteriza por su sentimiento de dependencia y reconocimiento de un ser sobrenatural.

EVALUACIÓN.

Se logra, la paciente se encuentra mas tranquila, pero continúa con cierta preocupación por el curso de la enfermedad.

Posteriormente como se va recuperando se siente arrepentida de haber dudado de la presencia espiritual, ya que se siente mejor y ve los resultados.

CONCLUSIONES.

Al ir evolucionando la sociedad en donde surgen un gran numero de cambios importantes, la profesión de enfermería no se ha quedado atrás encontrándose acorde con esa evolución, realizando cambios en sus actividades y en su concepto, ha dejado de ser un instrumento mas en el tratamiento medico y ha logrado tener ya ámbito en donde se la permite tener decisiones de enfermería.

Uno de los cambios importantes que ha tenido es la aplicación y modificación del Proceso Atención de Enfermería en donde se centran los cambios personalizados del individuo el cual le permite la delimitación propia de su quehacer profesional.

Es importante mencionar que a través de los diferentes modelos de enfermería es necesario conocer los conceptos fundamentales, como son persona, cuidado, salud, entorno ya que son elementos indispensables en nuestra profesión.

Al realizar el Proceso de Atención de Enfermería a una paciente con Vasculitis, secundaria a Lupus Eritematoso Sistémico, provoco un sentimiento de angustia y un reto de lo aprendido en la Escuela, ya que la mayoría de los profesionales de la enfermería nos hemos olvidado un poco de la aplicación de este instrumento de trabajo, el cual es indispensable para mejora5r los cuidados de el paciente y la participación de su familia.

Así mismo me hizo reflexionar y buscar un modelo que para mí fuera ideal para su aplicación y este fue el de Virginia Henderson ya que considero que abarca los tres entes del ser humano sano o enfermo.

Una de las limitantes fue el llevar en seguimiento de las acciones de enfermería en el siguiente turno, ya que pude constatar que existe una gran diferencia en la forma en que se concibe y se desarrolla el cuidado basándose únicamente en signos y síntomas de una enfermedad, en la cual existe ausencia de un diagnostico de enfermería, ocasionando que no se le proporcione al paciente una atención integral.

SUGERENCIAS.

Unificar los criterios para el uso de un solo modelo o la creación de un modelo propio que se adapte a las necesidades socioculturales de nuestro país. Con el fin de proporcionar un cuidado personalizado con fundamento científico tomando al individuo en una dimensión holística.

ANEXO I

**(Consideraciones Bioéticas
Consentimiento Informado).**

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Los avances que ha desarrollado la humanidad en materia de ciencia, tecnología, tratamientos médicos y genéticos, durante las últimas dos décadas del siglo pasado y el presente siglo, han abierto una brecha entre los valores éticos, legales, humanos y la misma evolución de la humanidad.

Dentro de este juego de poder, el profesional de enfermería no está exento de esta situación, ya que somos las personas que permanecemos directamente en contacto con el usuario y sus necesidades reales y potenciales. Así mismo, el profesional de enfermería forma parte del equipo de investigación, de docencia y de administración, lo cual hace del avance regulado de la ciencia, su compromiso con la humanidad, con la vida, con el medio ambiente, es decir, con todo.

En la actualidad resulta de vital importancia considerar el comportamiento humano desde la perspectiva ética. La reflexión ética es un ejercicio de la razón y por tanto, es una apertura al ser, a la realidad en sí, pues, la verdad no se posee, "se busca". Este es por tanto el objetivo de la ética.

La "bioética" se define, según el Dr. Gerardo Sela Bayardo¹ como "la conciencia de las ciencias médicas y biológicas, como una práctica dinámica, racional y reguladora de los valores éticos y deontológicos con la característica de ser multidisciplinaria". El objetivo de la "bioética" es mantener la dignidad de la vida, hacer justicia a la vida y dar al vivir lo que es suyo.

En síntesis, la bioética es el arte de conseguir un consenso social acerca de lo que se puede y no se puede hacer en la atención médica. Esta disciplina ha cobrado gran importancia en el mundo actual, donde la ciencia se conjunta con la alta tecnología ofreciendo nuevos métodos y técnicas para conservar la vida, pero que en ocasiones es mal utilizada por los equipos que desarrollan nuevas técnicas, llegando a devaluar el verdadero sentido humano y de conservación en aras del poder propio.

ÉTICA DE ENFERMERÍA/educación; BIOÉTICA; ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

La enfermera vive en una sociedad determinada, en la que existen valores declarados, propios de esa cultura y del grado de desarrollo socio económico alcanzado; pero sobre todo, de la forma que tiene la sociedad para distribuir sus riquezas. Esos valores sociales tienen que estar contenidos en las profesiones que tienen mayor connotación en la sociedad, entre las cuales se encuentra la enfermería, por estar relacionada directamente con los mayores valores del hombre: su vida y su salud. De ahí la importancia de capacitar a las enfermeras, desde el punto de vista teórico, en materia ética, para que puedan luego, demostrar en la práctica, con su conducta moral, la aplicación de los principios, normas y valores de la ética, tanto aquellos universalmente reconocidos, como los propios de su cultura, sociedad y profesión.

En este sentido, el objetivo de apoyar a la docencia de enfermería en la aplicación del método científico de la profesión, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), visto desde el prisma de la

¹ Escuela de Enfermería Univ. Católica de Chile. Bioética en la Formación del profesional de Enfermería:

ética y la bioética. Esta última, una joven disciplina de apenas treinta años; pero que ha venido conmocionando al mundo, tal y como hiciera en su tiempo el Renacimiento, al volver la mirada de los hombres a los hombres mismos, con su carga de espiritualidad, que justamente hace diferente la materialidad del hombre de la del resto de los seres vivos. Esa relación que establece el hombre con su medio físico social, visto a la luz de los valores morales, es lo que define a la bioética.

DESARROLLO

Desde mediados de los años 50, varias teóricas de la enfermería habían comenzado a formular sus consideraciones acerca del método de actuación profesional de las enfermeras: el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), el que fue realmente considerado un proceso, por primera vez, por *Lidia E. Hall*, enfermera norteamericana, en 1955.

En el Congreso de Montreal, Canadá, en 1929, se había presentado la primera propuesta de crear un código internacional de ética de la profesión que no fue aprobado hasta 1953. Veinte años más tarde, en 1973, el código fue modificado, a la luz del desarrollo de la profesión y especialmente en lo concerniente a los cambios producidos en cuanto a la tradicional y absoluta subordinación al médico.

En 1977, *Virginia Henderson*, quien fuera más tarde (1985) ganadora del premio *Christianne Reiman*, en la reedición de su libro "Principios Básicos de Enfermería", le había incluido su ya bien conocida definición de enfermería:..... "la asistencia al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que favorecen su salud o la recuperación de la misma...tarear que él podría resolver sin ayuda si tuviera las energías, fuerza de voluntad y conocimientos necesarios".²

EL SISTEMA DE VALORES PROFESIONALES EN ENFERMERÍA

El estudio de la moral forma parte actualmente de una ciencia particular, la ética, la cual integra las ciencias sociales, es decir las ciencias que se ocupan de estudiar las relaciones establecidas entre los hombres en el proceso de producción y reproducción de su vida material, relaciones que no se limitan, por supuesto, a las puramente económicas, sino que abarcan todas las relaciones sociales, materiales y espirituales como son: producción, distribución y consumo de los bienes materiales, lucha contra las fuerzas de la naturaleza, vida familiar, vida social, espiritualidad y como parte de esta última, también las creencias (*Alonso D. Ética y Deontología Médica*. La Habana; 1979).

La moral ha encontrado en la ética una racionalidad, no solo valorativa en cuanto a sus funciones normativas, sino para la formación consciente de los valores que deben regular la conducta y la coexistencia humanas. Los valores, por su parte, son objetivos, porque objetiva es la actividad práctico-material de la cual ellos surgen. Y este propio hecho de que los valores surjan y participen en la actividad práctico-material de los hombres provoca que ellos adquieran una connotación social.

Los valores morales son las necesidades más significativas de los hombres traducidas en las

² Iyer T. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería 2. ed. Mexico, DF: Interamericana; Mc Graw-Hill; 2003.

tendencias de los desarrollos sociales y expresados en forma de ideal; son los intereses de la sociedad traducidos al plano de la conciencia social. Los valores se reflejan en la conciencia de los hombres en forma de valoraciones.³La valoración presupone no sólo el reflejo de la significación del objeto para el sujeto, sino además su concientización, la asimilación de la relación entre las necesidades propias y los objetos que las satisfacen.

Valorar puede sólo el hombre poseedor de conciencia y autoconciencia. De tal forma, los valores no existen fuera de las relaciones sociales, fuera de la sociedad ni del hombre. Como todo fenómeno social, los valores poseen un carácter histórico-concreto. Por eso, como criterio universal para la determinación de los valores actúa el progreso social. Aquello que favorece el desarrollo progresivo de la sociedad constituye un valor, aquello que lo dificulta u obstaculiza representa un anti-valor.⁴

La enfermería, en tanto que profesión, tiene también sus propios valores que se desvían de los universalmente reconocidos; adecuados a la práctica concreta de su campo de actuación. Pero como la enfermería se desarrolla en una sociedad determinada, con sus propios valores reconocidos en cada país, la profesión de enfermería incorpora, a los valores profesionales universales aquellos que se corresponden con su sociedad particular. El sistema de valores, tanto de una sociedad como de una profesión, se expresa en principios, virtudes y normas o preceptos éticos, que obligan moralmente a los sujetos y se traducen en los llamados deberes morales.

La ética médica tradicional está basada en 2 principios fundamentales: no dañar y hacer el bien. Ambos principios regulan el actuar de los médicos y les hace contraer deberes morales con respecto a las personas que atienden. Hoy día con la atención familiar y comunitaria estos deberes morales del médico se extienden también a los sujetos de la comunidad que también reciben su atención (*Pellegrino E. Medical ethics. Education and the physician's image. Jama 1976*).

La enfermería, desde su surgimiento como profesión, gracias a la labor de *Florence Nightingale*, hizo también suyos estos principios éticos de la medicina; pero además añadió otros 2 principios: la fidelidad al paciente y la veracidad de su expresión. El primero es sinónimo de amor, respeto y compromiso; entre este último se encuentra la confidencialidad. En el caso del segundo, la veracidad tradicionalmente ha estado más vinculado al ejercicio responsable de la profesión.⁵

La fundadora de la enfermería profesional vivió en la Inglaterra Victoriana que contribuyó a la formación de un carácter fuerte que permitió reclamar, con mucha valentía, la necesidad de cultivar en las enfermeras las mejores virtudes morales.⁶ Entre las virtudes que deben caracterizar a una

³ Fabelo R. Las crisis de valores: conocimientos, causas y estrategias de superación. En: La formación de valores en las nuevas generaciones. Una campaña de espiritualidad y conciencia. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 2006.

⁴ Rodríguez Z. Filosofía, ciencia y valor. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 2000.

⁵ Muyskens J. The nurse as a member of a profession. Moral problems in nursing. Totowa: Rowman y LITTEFIELD; 2002

⁶ Nightingale F. Notes on Nursing. What it is and what it is not. New York: Dover publications;

buena enfermera están: la honestidad, la dignidad profesional, la prudencia, la paciencia, la solidaridad y la modestia.

EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE) Y SUS IMPLICACIONES ÉTICAS

Hasta muy recientemente, la mayoría de las conceptualizaciones teóricas acerca de la ética, e incluso propuestas de modelos de procedimientos para la toma de decisiones éticas, no atañían directamente a las enfermeras, pues estas no sólo eran vistas como un personal subalterno y dependiente, sino que en realidad lo eran, puesto que todo su actuar profesional estaba vinculado sólo con el cumplimiento de las indicaciones médicas. De ahí que la mayoría de los problemas morales de la profesión de enfermería estuvieran circunscritos a "si la enfermera había o no cumplido correctamente las indicaciones médicas".

Pero a partir de la segunda mitad de este siglo, con el reconocimiento de la enfermería como ciencia constituida, con su propio cuerpo teórico-conceptual y su método de actuación, esta profesión elevó su rango académico y, al alcanzar el nivel universitario, se vinculó, en un plano de igualdad, con otras profesiones, en la atención de las personas, familias y comunidades en el proceso de salud-enfermedad.

Las enfermeras, por tanto, aunque han continuado realizando acciones dependientes de las órdenes médicas han sumado las acciones interdependientes, con otros profesionales del equipo de salud; pero lo más importante de todo, han iniciado la realización de un grupo, cada vez más numeroso, de acciones independientes, frente a las cuales son las únicas responsables, tanto desde el punto de vista de la competencia y desempeño profesional demostrado en su actuar, como desde el ángulo de la ética. Especialmente en la atención primaria de salud, donde la enfermera aplica con amplitud el enfoque socio-psico-biológico que su profesión imprime al proceso salud-enfermedad.

Toda vez que su método de actuación profesional, el PAE, está dirigido a identificar las respuestas humanas de las personas, familia y comunidad que atiende ante las posibles alteraciones de sus patrones de salud y con el propósito de realizar la intervención adecuada, a la enfermera, desde el punto de vista de su ciencia particular y su correspondiente campo de actuación, le interesa mucho conocer los valores morales de las personas.

Pero la enfermera de la atención secundaria y terciaria no tiene por qué perder su enfoque socio-psico-biológico del proceso salud-enfermedad y, por otra parte, en estos niveles de atención, en los que cada día se hace cada vez más patente la invasión de la compleja y deshumanizante tecnología, la enfermera continúa aportando el precioso vínculo de la necesaria humanización de los cuidados al paciente y su familia. No obstante la enfermera de los tiempos actuales tiene que incorporar modificaciones sustanciales en su actuar. Tradicionalmente ha sido asociada la función de la enfermera a la de madre y esposa, la que está atenta a proveer de todo lo necesario a sus seres dependientes; pero al mismo tiempo, ese reconocimiento le ha permitido suplantar el derecho de sus dependientes a saber y decidir sobre las acciones que, sobre su propia persona, realizan a diario, sin apenas una información.

Es hora ya de que las enfermeras, que siempre han preconizado el respeto al paciente que atienden, reconozcan que ese derecho abarca el reconocimiento de sujeto autónomo, capaz de elegir lo mejor para él, si está debido y oportunamente informado de los beneficios, riesgos y consecuencias de los cuidados que se intenta prodigarles.

Otro importante elemento a tomar en cuenta es la correcta priorización de los pacientes que deben ser atendidos, así como la jerarquización, en el caso de un paciente particular, de las necesidades básicas más urgentes de satisfacer, pero, sobre todo, la prudente preparación de equipos, materiales y medicamentos necesarios para enfrentar cualquier emergencia en el servicio donde desarrollan sus actividades.

Todo lo anterior sólo podrá hacerse si se cuenta con enfermeras que posean buena competencia y desempeño profesional, puesto que sólo podrá evitarse el daño al paciente y, al propio tiempo, asegurarle el bien necesario, si se sabe hacer bien su cometido.

En la atención secundaria y terciaria, la enfermera enfrenta a diario la atención de pacientes que requieren cuidados especiales o intensivos, que resultan por tanto, aislados de sus seres más allegados afectivamente, y el stress que sufren, tanto el paciente como sus familiares y amigos más próximos, podría ser aliviado si las enfermeras dejaran de actuar mecánicamente como defensoras de reglamentos rígidos institucionales que van en contra del bienestar social y psicológico de esos pacientes.

A lo largo de las consultas bibliográficas para la realización de este (PAE), en interés de ofrecer a la enfermería distintas opciones y enfoques sobre variados procedimientos en la toma de decisiones éticas, se exponen a continuación, algunos cuestionamientos que toda enfermera debería hacerse en su práctica cotidiana, en ese ejercicio de la enfermería clínica que enfrenta mayormente decisiones no espectaculares, aunque de larga duración y fuerte repercusión moral:

1. ¿ Qué yo haría, si este paciente fuera mi.....?
2. ¿ Qué es lo mejor para este paciente?
3. ¿ Qué calidad de vida puede llevar este paciente?
4. ¿ Es una vida que yo pueda apoyar o ayudar a mejorar su calidad?
5. ¿ Qué sabe este paciente acerca de su enfermedad y qué quiere saber?
6. ¿ Cuales son las preferencias de este paciente, con respecto al Plan de Cuidados que se le propone?
7. ¿ Qué necesidades afectivas y espirituales tiene este paciente y que acciones espera de mi para que sean cubiertas?
8. ¿Cuál debe ser mi actuación, dentro del equipo de salud, para cumplir con la función de abogada de la defensa que me asigna el paciente, por ser la profesional que permanezco en un cierto horario o las 24 h del día junto a él?

Las respuestas a estas preguntas pueden ser validadas con el propio paciente, con sus familiares más cercanos y con el equipo de enfermeras que participa en su atención. Las preguntas son orientadoras del actuar profesional de la enfermera, en cada caso concreto, y hacen en sí mismas, un llamado al respeto a los principios éticos más elementales, pero además, recaban de las enfermeras el cultivo, con deleite de artista, de sus mejores virtudes morales. Por su parte, la Historia Clínica del paciente, o la Historia de Salud Familiar, en el caso de Atención Primaria de

Salud, recogerá el testimonio escrito del actuar de la enfermera. Este es el mudo testigo de su competencia y desempeño, y muy especialmente, en el caso de este último, la constancia escrita de que se respeta el valor fundamental, el hombre mismo.

LAS RELACIONES ÉTICAS ENTRE COLEGAS

Las relaciones entre colegas y otros profesionales deben estar basadas en el respeto al ser humano, el respeto a sí mismo, el respeto a la existencia, opiniones y decisiones de los otros. El ser humano es irreplicable, de ahí que, aunque se proceda de una misma etnia, cultura, sistema de creencias, sistema socioeconómico, y hasta compartan la misma ideología política, no es posible encontrar 2 personas exactamente iguales, ni que piensen y sientan igual y reaccionen de igual forma ante los mismos fenómenos. Las relaciones humanas tienen que estar basadas en el reconocimiento a la existencia del otro, con todas sus diferencias y todos sus derechos y deberes incluidos. El debate de las ideas, ya sean científicas, religiosas o políticas, tiene que estar basado en el reconocimiento al derecho del otro a expresar sus opiniones. La tolerancia frente a ideas diferentes no significa, en modo alguno, que se asuma o se haga lo que se tolera. Ni mucho menos que se admitan acciones, fundamentadas en esas ideas diferentes, que proporcionen mal a los involucrados o a terceros. En el plano científico y profesional, en el campo de las profesiones sanitarias, lo anterior significa que se reconozca el espacio de cada una de las ciencias y profesiones que interactúan frente a un mismo fenómeno o con los mismos sujetos.

La enfermería es una profesión que sustenta su actuar en un sistema de conocimientos reconocido como ciencia ya constituida, la ciencia del cuidado. Ninguna otra profesión la respetará suficientemente si los propios profesionales de esta rama del saber no comienzan por respetarla ellos mismos. Esto quiere decir que si las enfermeras no le aportan toda la científicidad a su actuar profesional, no podrán nunca exigir que se le respete como ciencia constituida.

El respeto entre colegas y otros profesionales no significa, en modo alguno, el hacerse cómplice de lo mal hecho. De lo que se trata es de analizar los problemas científicos y profesionales en el lugar y el momento adecuado, lo que quiere decir entre los propios profesionales y en el momento en que ocurren los hechos. Recordar siempre que en materia ética, igual que en la práctica médica de enfermería, prevenir vale más que curar.

Se puede concluir que el cambio de actitudes, mucho más que los cambios de actuaciones, requieren de un trabajo sistemático para formar y reforzar valores que permitan la generación de compromisos encaminados hasta objetivos bien definidos. Esto sólo podrá lograrse si la captación, la divulgación de las teorías y experiencias más serias y útiles, y el propio ejemplo personal de los docentes y máximos gerentes de la actividad están centrados en una estrategia en la cual el hombre es, en esencial, el fin y no simplemente el medio.

La conducta ética, tal y como expresara una gran teórica de la enfermería, no es el reflejo de la rectitud moral de cada persona en tiempos de crisis; es la expresión día a día del compromiso de cada uno con las demás personas y las formas en que los seres humanos se relacionan con otros en sus interacciones diarias.

CONCLUSIONES

La bioética hoy en día es un tema de preocupación de toda persona que reflexiona sobre el curso que sigue o que ha tomado la humanidad. Estas reflexiones nos deben impulsar no a estancar nuestras ideas y conceptos de lo natural y antinatural, sino más bien, a abrir nuestra mente y percepción hacia el avance, sin que ello amedrente nuestra capacidad de evolucionar; y sin dejar de lado en ningún momento aquello que es verdaderamente importante: La Vida en todas sus expresiones.

Como profesionales en enfermería no solamente estamos relacionados directamente con el usuario sino también, estamos incluidos en los equipos de investigación, desarrollo, y planteamiento de nuevas ideas científicas y tecnológicas. Hemos de aprovechar esta ventaja para defender aquello en lo que creemos, sin permitir que nuestra propia concepción de lo “bueno y lo malo” estancan el desarrollo personal y de la humanidad, pero representando los ideales de ética y moral que nos cualifican.

La bioética se constituye en estos tiempos en una necesidad: es nuestra obligación entender y comprender los procesos de continuo cambio que vive el mundo así como evolucionar con el mismo representando los valores que como profesionales de enfermería hemos adoptado con la profesión evaluando cada situación en un contexto global, pero sin dejarnos caer en las garras de la masificación. Esta masificación no tiene ni puede influir en la atención de calidad que se debe brindar minuto a minuto a los usuarios de los sistemas de salud sean cuales estos sean, en todo el mundo.

En la actualidad existe un comité de Bioética, el cual tiene Capítulos, artículos y que se desglosa en apartados para cada uno de los prestadores del servicio de salud y quienes reciben el servicio.

El cual uno de ellos es que en el Artículo 1ª De los médicos y el personal paramédico en su numero 1.17 que dice que: “Es honroso deber del médico, como del personal de enfermería y en general todo el personal paramédico, dedicar su vida de trabajo y conocimientos profesionales para preservar la vida y la salud humanas, individual y colectiva”.

También en el apartado 1.3 dice: “Es su responsabilidad respetar el derecho a la vida humana, desde la concepción hasta la muerte, promover la salud, prevenir enfermedades y sufrimientos y trata debidamente con el mejor del Estado del Arte, a los enfermos con padecimientos orgánicos y psicológicos, respetando el cuerpo humano y cuidando su integridad individual aún después de la muerte”.

Y el 1.7 que dice: “La dignidad médica y profesional supone garantizar la recta conducta de una reputación honorable y respetuosa de la confidencialidad extendida a sus colegas”.

Estos tres apartados nos hablan de los principios de éticos que están orientados, al respeto al vida, en lo profesional y la manera que sean manipulados estos tendrán consecuencias en conductas buenas o malas, y esto solo encamina al beneficio del paciente.

México, D.F. a _____ de _____ del 200__

⁷ Código-Guía Bioética de Conducta Profesional, Capitulo 1 Principios Básicos. P. 5

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre de la Paciente:

Numero del Expediente:

Por mi propio derecho, en pleno uso de mis facultades y por mi libre decisión otorgo autorización que conforme al derecho corresponda a efecto de que el estudiante: _____ de la pasantía de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, que se encuentra en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, "Manuel Velasco Suárez, me realice una entrevista con la presencia de un familiar para realizar estudio de caso.

No omito manifestar que se me ha proporcionado toda la información del motivo (s) que hace (n), necesario la entrevista en el cual se abordaran,, preguntas acerca de algunos aspectos de mi vida personal y que no interfieren en mi tratamiento terapéutico.

De conformidad con lo anterior, acepto y me comprometo voluntariamente a dar cumplimiento a la entrevista solicitada, y en caso necesario me podrá poner en contacto conmigo las veces que sean necesarios.

Si Autorizo.

Nombre Completo y Firma del Paciente.

Nombre Completo y Firma del Tutor Legal.

Nombre Completo y Firma del Enfermero.

ANEXO II

(Programa de Rehabilitación para el Adulto).

EJERCICIOS “PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PARA EL ADULTO”

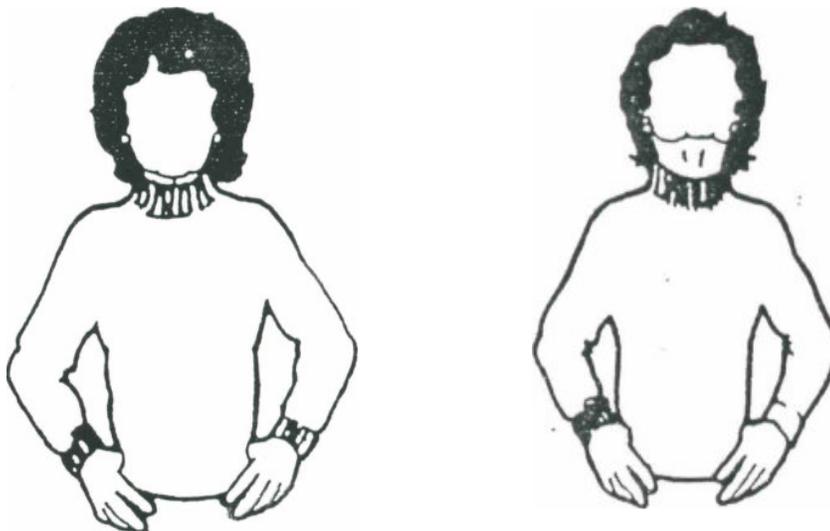
MODELO DE PROGRAMA TIPO DE EJERCICIOS:

Lo ideal de un programa es que se ejerciten todos los músculos de nuestro cuerpo, los siguientes ejercicios van a combinar tanto de tipo isotónico como isométrico, así como para fortalecer corazón y pulmones. El éxito del programa es que se aplique a cada ejercicio cierto grado de tensión, fuerza y energía.

Repita cada ejercicio aumentando gradualmente su frecuencia según su capacidad de adaptación de dos, cinco, 10, 20 a 30 veces.

Ejercicio 1: Para fortalecer cuello: siéntese comfortable y rote la cabeza a la izquierda, regrésela al centro; lentamente rétel a la derecha, regrese a la posición del principio; lentamente doble la cabeza hacia atrás lo más que pueda y lentamente hacia adelante hasta que la barba toque el pecho, no olvide usar un cierto grado de tensión en sus movimientos; repítalo varias veces desde dos hasta 10 veces.

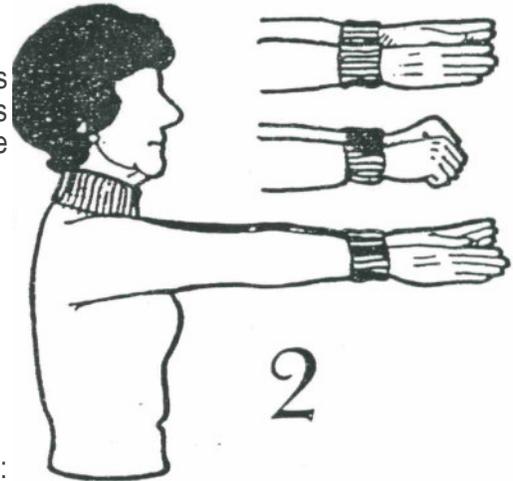
1)



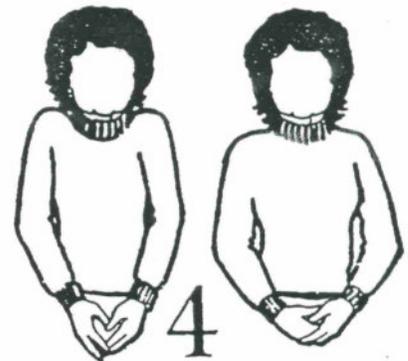
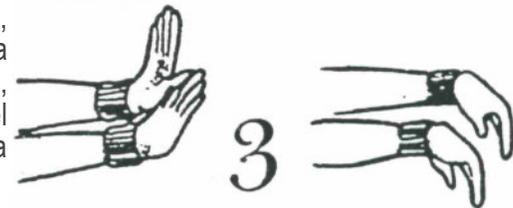
Ejercicio 2: Para fortalecer los dedos de las manos
 Extienda los brazos enfrente a la altura del hombro
 con las palmas abajo, junte los dedos lentamente, y aflójelos;
 voltee las manos hacia arriba, apriete los dedos, aflójelos;
 cierre el puño, aflójelo, ábralo lo más posible; extienda los
 brazos hacia el frente, abra y cierre los brazos.



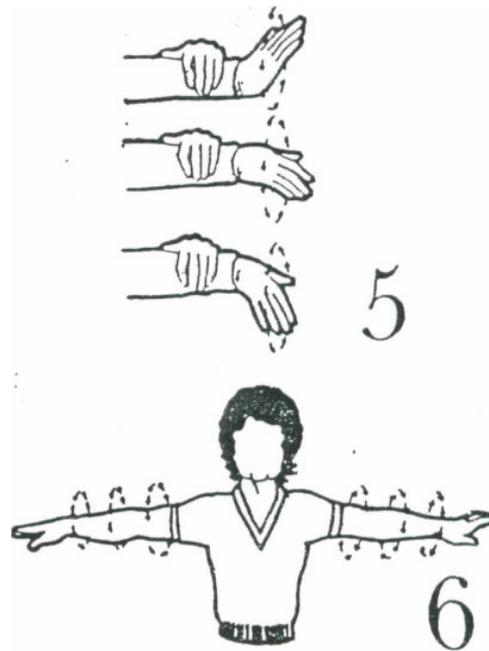
Ejercicio 3: Extienda los brazos hacia adelante y ponga las
 puntas de los dedos tocándose, apunte con sus dedos
 hacia el cielo levantando los brazos lo más posible, -apunte
 los dedos hacia el piso, repita este ejercicio varias veces.



Ejercicio 4: Para dar tono a los hombros y a la espalda:
 Forme un puño y apóyelo sobre la mano del brazo contrario,
 apriete, empuje con su puño y trate de oponer resistencia
 con la palma de la otra mano; cambie de posición y repítalo,
 haciendo fuerza en este caso con el brazo izquierdo sobre el
 derecho: levante los brazos y haga el ejercicio a la altura
 de su cara, del cuello y del tórax.



Ejercicio 5: Ejercicio de las muñecas: Debe rotar las muñecas con los brazos abiertos en dirección de las manecillas del reloj y regresarlas nuevamente contra las manecillas del reloj.



Ejercicio 6: De pie levante los dos brazos y rótelos desde los hombros en pequeños círculos hacia adelante y hacia atrás, como si estuviera nadando, al principio círculos muy pequeños y después mayores.



7)

Ejercicio 7. Para el tobillo y para el pie: Siéntese, cruce la pierna sobre la rodilla opuesta, rote el pie lentamente haciendo círculos completos lo más grandes posible.

Ejercicio 8: Ejercicios de flexibilidad: Para estos ejercicios necesitamos una liga gruesa del tipo ligadura que usan las enfermeras para la aplicación de inyecciones intravenosas (consígala de aproximadamente un metro y medio¹) vamos a usarla en varios modos:

- i) En el primer caso en toda si; extensión sin anudarla, levante los brazos: sobre la cabeza con las manos apuntando hacia el techo y tome la liga y trate con una mano de elevarla y con la otra de bajarla, estirando la liga una vez hacia arriba y otra hacia abajo; cambie de brazo una vez hacia arriba y otra hacia abajo.



8)

- b) Levante las dos manos con la liga muy bien sujeta y trate de separarlos brazos haciendo presión y extendiendo la liga.

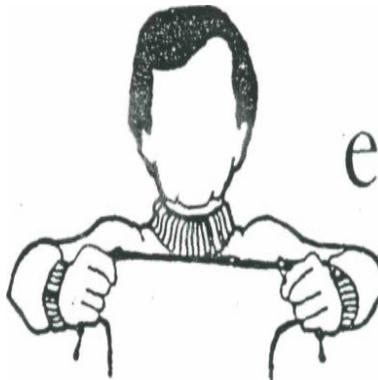


b y c

- c) Levante ambos brazos por atrás de la cabeza, con la liga por detrás haga tensión, trate de estirar la liga abriendo los brazos. Estos ejercicios van a fortalecer "los hombros, los codos y las muñecas.

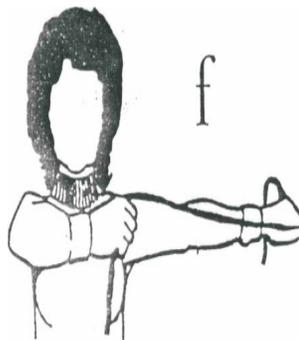


- d) Poniendo nuevamente el brazo y la mano por detrás del cuello trate de estirar el brazo contrario con su liga, al grado de abrirla sin mover uno de los brazos, cambie de posición.



- e) Levante los brazos por delante del pecho a nivel de los hombros con los codos doblados y tome su liga, ponga la mano izquierda al centro del pecho y tomando la liga trate de extender el brazo derecho a toda su extensión; cambie de brazo.

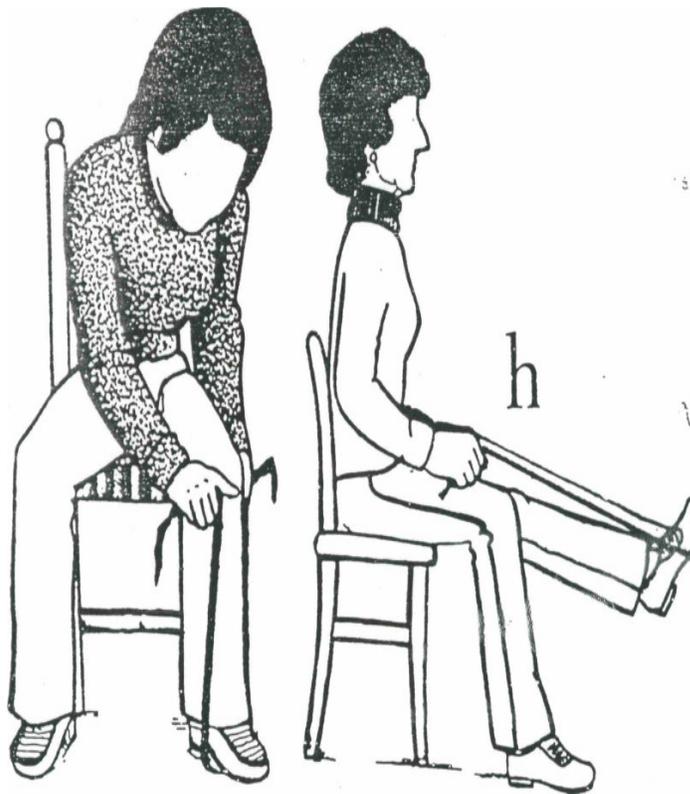
- f) Para fortalecer la parte baja de los brazos: Ponga los brazos a la altura de la cadera tomando la liga y trate de abrirla lo más posible.



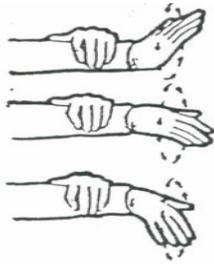
- g) Para los brazos y músculos de la espalda: Siéntese en una silla y encorvándose hacia adelante acomode la liga por debajo del arco del pie derecho; teniendo el pie firmemente fijo en el piso, trate de levantarse hacia su posición erecta, cambíese y repita con el pie izquierdo.



h) Para dar flexibilidad a la pierna: Teniendo igual la liga por debajo del pie, siéntese erecto y eleve su pierna hasta que la rodilla esté derecha, repita con la otra pierna.



Ejercicio 5: Ejercicio de las muñecas: Debe rotar las muñecas con los brazos abiertos en dirección de las manecillas del reloj y regresarlas nuevamente contra las manecillas del reloj.



5



6



7



8

Ejercicio 6: De pie levante los dos brazos y rótelos desde los hombros en pequeños círculos hacia adelante y hacia atrás, como si estuviera nadando, al principio círculos muy pequeños y después mayores.

Ejercicio 7: Para el tobillo y para el pie: Siéntese, cruce la pierna sobre la rodilla opuesta, rote el pie lentamente haciendo círculos completos lo más grandes posible.

Ejercicio 8: Ejercicios de flexibilidad: Para estos ejercicios necesitamos una liga gruesa del tipo ligadura que usan las enfermeras para la aplicación de inyecciones intravenosas (consígala de aproximadamente un metro y medio) vamos a usarla en varios modos:

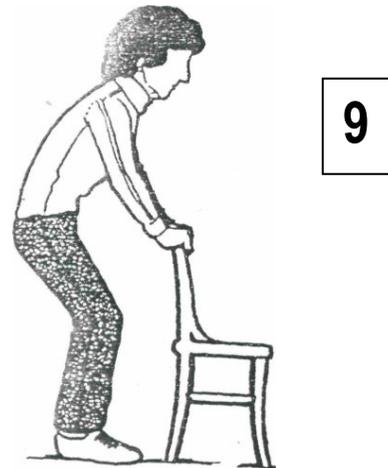
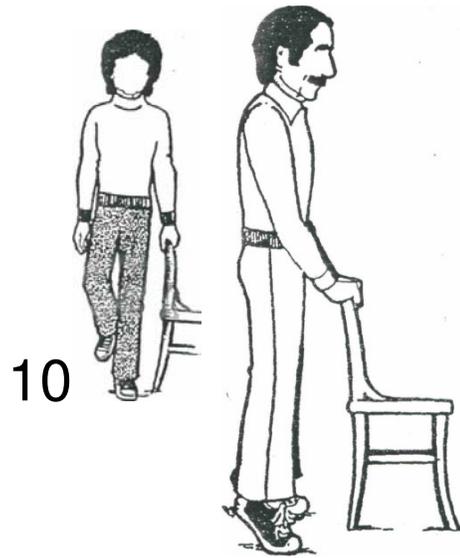
- u) En el primer caso en toda su extensión sin anudarla, levante los brazos

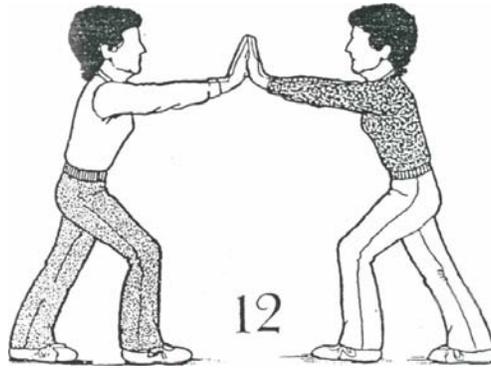
Ejercicio 9: Para fortalecer la parte interior de las piernas y los tobillos: Póngase de pie en posición erecta detrás de una silla y ponga sus manos en el respaldo, doble las rodillas hasta que esté en cuclillas y levántese apoyándose en los dedos de los pies, póngase de puntas hasta que se enderece propiamente, repita esto diez veces.

Ejercicio 10: Para fortalecer los flexores de la cadera y la parte inferior De pie, erecto, con una mano a un lado de la silla y con la otra en el respaldo; levante la rodilla izquierda hacia el pecho lo más que sea posible, sostenga unos momentos la posición (es un ejercicio tipo de marcha de los soldados), una rodilla y luego la otra lo más posible.

Ejercicio 11: Para fortalecer la columna y los músculos glúteos: De pie, erecto, detrás de una silla, con los pies juntos y las manos sobre el respaldo; levante una pierna hacia atrás lo más lejos posible con la rodilla no flexionada, regrese a la posición y repita.

Ejercicio 12: Para fortalecer brazos, piernas, espalda: Pare de frente a una pared con la pierna derecha hacia adelante y la izquierda atrás; extienda los brazos tocando los dedos y las palmas juntas, empuje la pared como si tratara de derribarla (ejercicio de fuerza)





Ejercicio 13: Es un ejercicio que debe ser combinado con otras personas: Se ponen en línea, se levantan los brazos a los lados al nivel del hombro y se tocan las palmas y los dedos como los de la persona al lado, se empuja haciendo presión y descansando alternadamente; realiza los mismos movimientos la otra persona.



Ejercicio 14: Para hombros y flancos: de pie, con los pies abiertos para balancearse levantando el brazo derecho sobre la cabeza dejando el brazo izquierdo de lado: dóblese hacia la izquierda, levantando el brazo derecho, cambie de brazo y repítalo 5 veces.



Ejercicio 15. Para los hombros, brazada de nado: Con los dos pies abiertos y los brazos en posición de nadar, doble las rodillas y alternadamente como si estuviera nadando gire sus brazos hacia adelante y luego hacia atrás.





16



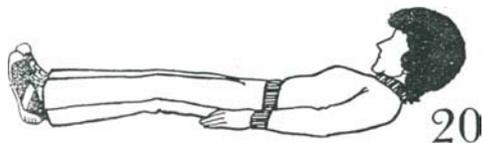
17



18



19



20

Ejercicio 16: Para la flexibilidad de la columna y la* piernas: De pie con los brazos juntos a los lados; lentamente dóblese hacia adelante lo más posible como si intentara tocar los pies.

Ejercicio 17: Para fortalecer la parte de la columna y las piernas: Siéntese en el piso con las piernas extendidas hacia adelante y las rodillas juntas; dóblese hacia adelante lentamente poniendo las manos hacia los tobillos buscando que las manos lleguen a los tobillos, trate de tocar con la barba las rodillas sin doblar las piernas, regrese a la posición e inhale profundamente cada vez que lo haga.

Ejercicio 18: Para incrementar la flexibilidad de la espalda: Sentado y con las piernas separadas ponga las manos en el piso para que se apoye; dóblese hacia adelante lentamente y extienda los brazos entre las piernas.

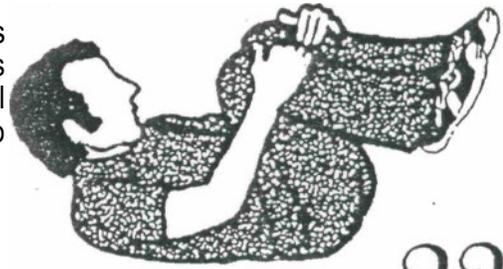
Ejercicio 19: Para fortalecer los músculos del estómago: Siéntese con las rodillas dobladas, las piernas separadas, los pies en el piso y los brazos a los lados; doble el cuerpo en una posición hacia arriba y estire los brazos hacia adelante buscando las rodillas mientras exhala y regrese hacia la posición del principio inhalando.

Ejercicio 20: Para afirmar lo» músculos del estómago y los de la parte anterior del cuello: Acostado con las piernas rectas y los brazos a los lados; dóblese hacia adelante y separe los hombros del piso, aguante en esta posición contando hasta el número cinco y regrese a la posición del principio

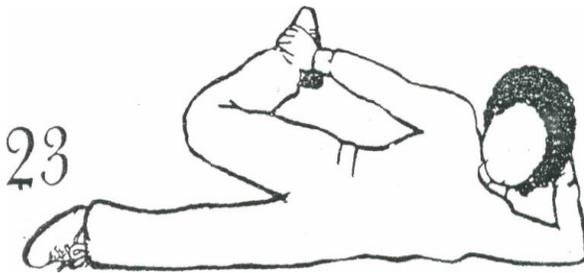
Ejercicio 21: Para fortalecer la parte posterior de la espalda y de la pierna: Recuéstese con las manos a los lados; jale una pierna hacia el pecho, sosténgala con ambos brazos y cuente hasta cinco, repita con la pierna-opuesta.



Ejercicio 22: Mismo ejercicio, pero con las dos piernas hacia el pecho, sosténgalas con los brazos arriba de las piernas; trate de levantar un poco las asentaderas del piso como si se diera un empujoncito hasta atrás, esto fortalece los músculos glúteos.



Ejercicio 23: Para fortalecer la parte superior de la pelvis y el área de la ingle: Recuéstese sobre un lado, sostenga el tobillo con el brazo correspondiente (tobillo y pie derecho con la mano derecha), y ligeramente arquese hacia atrás, aguante contando hasta 10



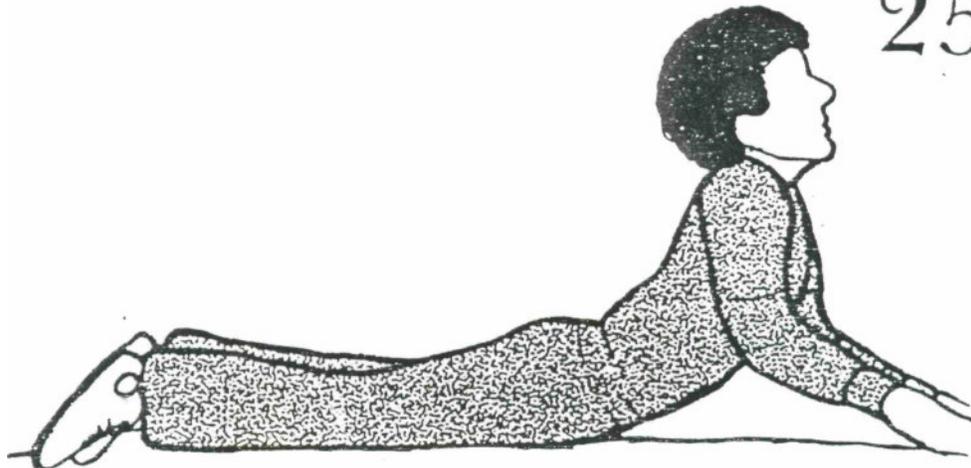
Ejercicio 24: Para fortalecer la parte exterior de la pelvis y músculos de la cadera: Acuéstese de lado con las piernas extendidas; levante la pierna, sosténgala arriba lo más alto posible, bájela a la posición, cambie de pierna.





Ejercicio 25: Para fortalecer la pared abdominal, pecho y parte del cuello: Recuéstese boca abajo con los pies extendidos, apoyado en la punta de los dedos del pie; mientras saca el aire lentamente, enderécese sobre sus brazos y arquéese hacia atrás, sostenga la posición contando hasta 10 y regrese a la posición mientras toma el aire profundamente

Ejercicio 26: Caminar como ejercicio: Los programas para caminar tienen como función principal mantener la capacidad del corazón y del pulmón, también tienen algunas ventajas sobre otras formas de ejercicio; no requiere instrucción previa, puede ser hecho casi donde quiera, a cualquier hora, no cuesta, no necesita equipo y tiene las menores posibilidades de lastimarse que cualquier otra forma de ejercicio.



BIBLIOGRAFIA.

- 1.- ALFARO, Rosalinda, "Aplicación del Proceso de Enfermería". Guía practica ed. Mosby-Doyma, Madrid España, 1996.
- 2.-CAROL David, "Rehabilitación Reumatológica", edit. Harcourt, España, 2005.
- 3.-CODIGO, "Guía-Bioética de Conducta Profesional", Sector Salud, México, 2003.
- 4.-COOLLIERE M. Francoise "Promover la vida", edit Interamericana, España, 1993.
- 5.-DEWIT C. Susan. "Fundamentos de Enfermería Medicoquirúrgica". Edit. Harcourt, Madrid España, 1999.
- 6.-"El Manual Merck." Edit. Mosby Doyma Libros. Barcelona España, 1999.
- 7.-FAUCI S. Anthony. "Harrison Principios de Medicina Interna", Edit. McGrawHill, Madrid, España, 1998.
- 8.-FERNANDEZ, Ferrin "El Modelo de Henderson y el Proceso Atención de Enfermería". Edit. Masson salvar, Barcelona, España, 1997.
- 9.-GARCIA, González Maria de Jesús. "El proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. Edit. Progreso, México, 1998.
- 10.- HENDERSON Virginia "La Naturaleza de la Enfermería". Edit. Interamericana, MacGraw-Hill, Barcelona, 1997.
- 11.-HOLLOWAY M. Nancy. "Planes de Cuidado en Enfermería Medico-Quirúrgica". Edit. Doyma, México, 1995.
- 12.-IVER T. "Proceso de Enfermería y Diagnostico II". Edit. Mc Graw-Hill, México, 2003.
- 13.- KATZUNG, G. Bertram. "Farmacología Básica y Clínica". Edit. El Manual Moderno, México, 1998.
- 14.-KEROUAC, M Susane, "El pensamiento Enfermero". Edit Masson, España, 1998.
- 15.-KOZIERE, Bárbara et, al, "Enfermería Fundamental", 4ª Edición, Edit, Interamericana McGraw-Hill, Madrid, España, 1997.
- 16.-LEDY Susan-Pepper J.Mc "Base conceptuales de la Enfermería", México, 2000.
- 17.- LESLIE Atkinson "Proceso de Atención de Enfermería". Edit. El Manual Moderno, México, 1999.

- 18.-MARQUES, Jesús, "Tratado de Enfermedades Reumatológicas, Edit. Harcourt, España, 1999.
- 19.-NETTINA, M. Sandra "Enfermería Práctica". Edit. McGraw-Hill, México, 1999.
- 20.-PHANEUF, "La Planificación de los cuidados Enfermero". Edit. Interamericana, México, 1999.
- 21.-RODRIGUEZ Z. "Filosofía, Ciencia y Valor". Edit. Ciencias Sociales, Cuba, 2000.
- 22.-ROSALES, B. Susana, "Fundamentos de Enfermería". Edit. Manual Moderno, México, 1999, Segunda edición.
- 23.-ROPER," Proceso atención Enfermería Modelo de Aplicación". Edit Interamericana, México, 1999.
- 24.-TAMAYO T. Mario. "El trabajo Científico, Metodológico, Edit. Limusa, México, 2002.
- 25.-www.altavista.com.mx
- 26.-www.DeWikipedia.educ/tratado.
- 27.-www.medlineplus.com
- 28.- www.neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/vascular-7.html
- 29.-www.systemiclupuserithematosos.com.
- 30.-ZARRANZ, J. Juan. "Compendio de Neurología". Edit. Harcourt, Madrid, España, 2001.