

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**LUPUS ERITEMATOSO
SISTÉMICO (LES)**

PRESENTADO POR BACHILLER:

MADAI SUNNY CÓRDOVA CRUZADO

Para optar el Título Profesional de Licenciados en Enfermería

ASESOR:

•LIC. ROMULO CONTRERAS MERINO

ABANCAY – APURIMAC

2017

ÍNDICE

DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
PRESENTACIÓN	6
1. LUPUS ERITEMASO SISTÉMICO.....	8
1.1 DEFINICIÓN.....	8
1.2 PATOGÉNESIS	8
1.3 EPIDEMIOLOGÍA	9
1.4 CUADRO CLÍNICO	10
1.4.1 UNA FORMA CLÍNICA LEVE.....	11
1.4.2 UNA FORMA VISCERAL GRAVE	12
1.4.3 UNAS FORMAS INTERMEDIAS.....	12
1.5 EXAMEN FÍSICO.....	12
1.6 DIAGNÓSTICO.....	12
1.7 EXÁMENES DE LABORATORIO	14
1.8 TRATAMIENTO MÉDICO	14
1.8.1. CICLOFOSFAMIDA	14
1.8.2. MICOFENOLATO DE MOFETILO.....	16
1.8.3. RITUXIMAB.....	18
1.8.5. HIDROXICLOROQUINA	31
1.9. COMORBILIDAD DE LA ENFERMEDAD.....	32
1.10. COMPLICACIONES.....	33
1.11 PREVENCIÓN	34
1.11.1 ALIMENTACIÓN SALUDABLE	34
1.11.2 EJERCICIOS.....	34
1.11.3 SUPLEMENTOS	35
1.11.4 PREVENCIÓN DE LOS ATAQUE	35
1.11.5 PROTEGERSE DEL SOL.....	35
1.11.6 USAR LAS TÉCNICAS DE LIBERACIÓN EMOCIONAL.....	36

1.11.7 CALCIO.....	36
1.11.8 EVITAR MALOS HÁBITOS	36
1.12 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.....	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ANEXO.....	45
FIG. Nº 1 LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.....	46
FIG. Nº 2 EPIDEMIOLOGÍA	47
FIG. Nº 3 CUADRO CLÍNICO	48

DEDICATORIA

A mis Padres quienes son el pilar principal de mi vida porque sin su apoyo no hubiera logrado alcanzar una de mis metas, a la inspiración de mi vida que hoy es mi hija Alejandra Ghadiel por haberme convertido en un ser completo.

AGRADECIMIENTO

A mis docentes por haberme brindado sus conocimientos y haber sido guía en este camino de formación profesional, por su labor muchas veces subestimada a mis compañeros por tantas cosas vividas en la Universidad.

PRESENTACIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune multisistémica crónica, de etiología desconocida, caracterizada por diversas alteraciones inmunológicas entre las que se destacan la pérdida de la autotolerancia, y la producción de múltiples autoanticuerpos no órgano- específicos. Presenta una prevalencia variable, desde los 40 casos por 100 000 habitantes en países hasta los 200 casos por 100 000 habitantes en países de África. En nuestro país, se ha registrado una prevalencia de 50 en 100 000 habitante.

Su presentación clínica es heterogénea y se encuentran involucrados factores genéticos, ambientales y emocionales, infecciones virales, sustancias químicas y hormonas sexuales; en otros términos, es de etiología multifactorial. Los cuales condiciona que las características clínicas varíen según el grupo étnico, lo que ha sido comprobado en diversos estudios. Desde 1999 se han desarrollado investigaciones colaborativas multicéntricas con el objetivo de determinar dichas características particulares. Se han publicado numerosos estudios que abarcan el rol de la etnicidad, evaluada a través de estudios genéticos, que han encontrado asociación significativa entre mestizaje y LES. Los peruanos presentan 73% de ancestros amerindios, superior a países como Argentina (25%) y México (53%) (12). Sin embargo, los estudios como el LUMINA y GLADEL (Grupo latinoamericano de estudio del lupus), cuya iniciativa es evaluar esta

enfermedad en poblaciones latinoamericanas, cuenta con sólo 84 pacientes peruanos de dos hospitales de la seguridad social EsSalud, representando apenas el 5% del total de 1480 pacientes.

En el Perú, los hospitales presentan gran casuística, principalmente el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, debido a que es un hospital de referencia nacional y su población es predominantemente femenina.

Sin embargo, a pesar de la frecuencia de esta enfermedad, aún existe demora en su diagnóstico. Esto es debido al desconocimiento y a la inherente amplia variedad de características iniciales, que tienen como consecuencia su manejo tardío y aumento de las complicaciones. No se ha encontrado en la literatura estudios que describan las características sociodemográficas, clínicas y de laboratorio al momento del diagnóstico. Estudio que a nuestro juicio sería necesario ya que aportaría información valiosa que orientaría en el diagnóstico inicial de esta enfermedad y las intervenciones de enfermería

1. LUPUS ERITEMASO SISTÉMICO

1.1 DEFINICIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad sistémica inflamatoria crónica, de naturaleza autoinmune y de etiología desconocida, en la que ocurre daño celular y tisular por autoanticuerpos y citosinas (Ver fig.Nº1), con diversas manifestaciones clínicas e inmunológicas (1).

1.2 PATOGÉNESIS

La patogénesis del LES sigue sin conocerse. Lo que está claro, es que participan diversos factores, incluyendo factores genéticos, factores ambientales, factores hormonales, alteraciones en la activación de las células B, disfunción de las células T, alteraciones en la apoptosis y un desequilibrio en el balance de las citoquinas. Dentro de los factores ambientales podríamos destacar la exposición solar, los virus (fundamentalmente el Epstein-Barr y el citomegalovirus), diversos fármacos (derivados de las sulfas, antiarrítmicos, entre otros), siempre y cuando dichos factores afecten a un individuo genéticamente susceptible de desarrollar la enfermedad.

Se ha postulado que diversos mecanismos de apoptosis son los responsables de los fenómenos de reconocimiento de antígenos intracelulares propios. Se han detectado defectos en la depuración de células apoptóticas que contienen

ditritos celulares los cuales activan a los macrófagos con la posterior presentación de antígenos a las células T y células B, las cuales modulan finamente los procesos autoinmunes (1).

Se han identificado diversos genes que se relacionan con una mayor susceptibilidad para el desarrollo del LES. Se ha descrito en varios estudios la porción larga del cromosoma 1, específicamente la región 1q23-24. Otros estudios han encontrado relación con el polimorfismo del gen relacionado con la muerte celular de tipo 1 (PDCD1), tanto en poblaciones Europeas como en población mexicana.

1.3 EPIDEMIOLOGÍA

Con la introducción de los criterios clasificatorios, son muy abundantes los centros que publican series de 100 o más pacientes con LES, por lo que en la actualidad esta enfermedad no sólo ha dejado de ser una rareza clínica, sino que se trata de una afección de diagnóstico relativamente frecuente en el medio hospitalario. Incluso, en determinados países de extremo oriente, como China o el sudeste Asiático, el LES es una enfermedad muy común, por lo que se ha convertido en la enfermedad autoinmune sistémica más diagnosticada.

Recientemente, se realizó un estudio en el Departamento de Defensa de los Estados Unidos donde se determinó el perfil de autoanticuerpos entre 30 millones de muestras al inicio y durante el seguimiento en una cohorte de militares sanos. Los autores identificaron 130 individuos con LES, encontrando que en 72 de los casos los anticuerpos anti-DNA de doble cadena (dsDNA) antecedieron el diagnóstico de la enfermedad entre 2 a 9 años. Igualmente, una serie de

anticuerpos precedieron al desarrollo de la misma incluyendo los ANAs, los anticuerpos anti- RNP, anti-Sm, los anticardiolipinas (aCL), los anti-Ro (SSA) y los anti-La (SSB). Este estudio remarca la importancia de la aparición previa de los autoanticuerpos al desarrollo de la enfermedad y nos abre puertas para en un futuro predecir de mejor manera el desarrollo de diversas enfermedades autoinmunes en sujetos genéticamente susceptibles.

La frecuencia del LES está en aumento, fundamentalmente porque se detectan cada vez más casos de formas leves. Las tasas de incidencia y prevalencia difieren dependiendo de las zonas estudiadas. Así, en los Estados Unidos se ha estimado una incidencia de 5,1 por 100.000 habitantes por año y una prevalencia de 52 por 100.00 habitantes (Ver fig. N° 2). En países de Europa occidental la incidencia oscila entre 2,2 a 4,7 por 100.000 habitantes por año, siendo de hasta un 22 por 100.000 habitantes por año en individuos de raza afro-caribeña que habitan en el Reino Unido. Con respecto a la prevalencia, en el oeste de Europa las cifras oscilan entre 28 a 71 por 100.000 habitantes (2).

Según la Dirección Regional de Salud (DIRESA) en el año 2016 a nivel Regional hay 01 caso, y a nivel local no se han reportado casos. En el año 2017 se han reportado 02 casos entre los meses de Enero a Junio esto a nivel Regional y a nivel local sigue sin haber reporte alguno.

1.4 CUADRO CLÍNICO

La gran diversidad de órganos que, bien de forma aislada o simultánea, pueden ser afectados en el LES es la causa de sus numerosas y dispares

manifestaciones clínicas. Por tal motivo y por ser una enfermedad que evoluciona a brotes, no existe un cuadro clínico característico ni regularidad alguna en cuanto a la presentación y curso de la enfermedad.

El estrés emocional y físico, el embarazo, diversos fármacos, las infecciones intercurrentes y la luz ultravioleta de la radiación solar pueden implicarse como factores desencadenantes de un brote o del inicio de la sintomatología clínica del LES.

Entre las manifestaciones generales inespecíficas más frecuentes del LES se destacan la fiebre, la anorexia y la astenia. La fiebre se presenta en alrededor del 50% de los pacientes y configura lesiones cutáneas y la artritis son las manifestaciones clínicas más frecuentes; sin embargo, hasta un 39% de los pacientes desarrolla nefropatía y un 27% afección del sistema nervioso central (3).

Las diversas manifestaciones clínicas del LES pueden asociarse en el curso de los brotes de actividad de esta enfermedad. Esquemáticamente, según la riqueza sintomática y la evolución, pueden describirse tres formas clínicas principales:

1.4.1 UNA FORMA CLÍNICA LEVE

Paucisintomática o incluso monosintomática. Durante varios años estos pacientes presentan únicamente artralgias o discretos signos cutáneos asociados a alteraciones biológicas menores, pero que atestiguan la persistencia evolutiva de la enfermedad, siempre capaz de originar una

agravación inesperada, lo cual es un riesgo que justifica el seguimiento del curso clínico de estos pacientes.

1.4.2 UNA FORMA VISCERAL GRAVE

Que comporta abundantes manifestaciones clínicas y con evolución muchas veces fatal. Las medidas terapéuticas pueden controlar su evolución y hacerle adquirir un curso más lento. Es una forma de presentación poco frecuente.

1.4.3 UNAS FORMAS INTERMEDIAS

Que son las más frecuentes. Durante un largo período pueden tener una expresión visceral predominante, lo que ocasiona su diagnóstico y tratamiento por diversas especialidades ([Ver fig. N° 3](#)).

1.5 EXAMEN FÍSICO

Al examen físico presenta palidez generalizada acompañada de ictericia conjuntiva y coluria; en abdomen se aprecia hepatomegalia y esplenomegalia, refiere que durante el transcurso de la enfermedad ha presentado fiebre y escalofrío.

1.6 DIAGNÓSTICO

El Diagnóstico se fundamenta en los **11 Criterios Asociación Americana de Reumatología**, la que considera que cuatro o más criterios diagnósticos positivos tienen un 96% de sensibilidad y 96% de especificidad para diagnosticar LES con una predictividad del 15%. Seis o más criterios tienen una predictividad del 90%; más de siete criterios establecen el diagnóstico de certeza. Con el fin de diagnosticar a

tiempo esta enfermedad, se han propuesto protocolizar la atención a los pacientes con alta sospecha de padecer Lupus Eritematoso Sistémico, para esto se propone el siguiente algoritmo clínico. Como nos podemos dar cuenta por los criterios para el Diagnóstico de LES, más de la mitad ellos son de carácter clínico, o dicho de otro modo, no necesitan de exámenes sofisticados ni costosos para su correcta identificación (4).

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LES	
1. ERITEMA MALAR	Eritema fijo, plano o elevado, localizado sobre las eminencias malares, con tendencia a respetar el surco nasogeniano.
2. ERITEMA DISCOIDE	Lesiones cutáneas eritematosas en parches y elevadas, con hiperqueratosis y taponamiento folicular. En lesiones antiguas se puede observar cicatrices atróficas.
3. FOTOSENSIBILIDAD	Eritema secundario a una reacción inusual a la exposición a la luz solar, por historia del paciente u observación del médico.
4. ULCERAS ORALES	Ulceración oral o nasofaríngea, usualmente con poco dolor, observada por el clínico.
5. ARTRITIS	Artritis no erosiva que compromete dos o más articulaciones periféricas, caracterizadas por edema y dolor.
6. SEROSITIS	(a) Pleuritis- historia de dolor tipo pleurítico, o auscultación del frote pleural por parte del médico, o evidencia de derrame pleural, ó (b) Pericarditis- documentada por electrocardiograma o frote o evidencia de derrame pericárdico.
7. TRASTORNO RENAL	(a) Proteinuria > 0.5 gramos / día o >de 3+ si no se cuantifica ó (b) Cilindros celulares- pueden ser de eritrocitos, hemoglobina, granulares, tubulares o mixtos.
8. TRASTORNO NEUROLÓGICO	(a) Convulsiones- en ausencia de fármacos o causas metabólicas (ejemplos: uremia, cetoacidosis o trastornos de electrolitos) que expliquen la patología, ó (b) Psicosis- en ausencia de fármacos o causas metabólicas (ejemplos: uremia, cetoacidosis o trastornos de electrolitos) que expliquen la patología.
9. TRASTORNO HEMATOLÓGICO	(a) Anemia hemolítica- con reticulocitosis, ó (b) Leucopenia: menos de 4000/mm ³ totales en dos o más ocasiones, ó (c) Linfopenia: menos de 1500/mm ³ en dos o más ocasiones, ó (d) Trombocitopenia: menos de 100.000/mm ³ en ausencia de fármacos que expliquen el cuadro.
10. TRASTORNO INMUNITARIO	(a) Anti-DNA- anticuerpos contra el DNA nativo, ó (b) Anti-Sm- presencia de anticuerpos contra el antígeno nuclear Sm, ó (c) Anticuerpos antifosfolípidicos basados en: (1) una concentración anormal en el suero de anticuerpos anticardiolipinas IgG ó IgM, (2) un resultado positivo para la determinación de anticoagulante lúpico usando una prueba estándar ó (3) una prueba falsa positiva para sífilis al menos durante 6 meses y confirmada por pruebas de inmovilización del Treponema pallidum o pruebas de anticuerpos contra treponema por fluorescencia.
11. ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (ANA)	Un título anormal de anticuerpos antinucleares determinados por inmunofluorescencia o un ensayo equivalente en cualquier momento en ausencia de fármacos conocidos como asociados al síndrome de lupus inducido por medicamentos.

1.7 EXÁMENES DE LABORATORIO

Glóbulos rojos 690.000, hemoglobina 8.4, Hematócrito 25.3, glóbulos blancos 13.500; Test de Coombs directo e indirecto Positivo; PCR 22.38.

1.8 TRATAMIENTO MÉDICO

1.8.1. CICLOFOSFAMIDA

Es un antineoplásico indicado en el tratamiento de diversas neoplasias como son linfomas malignos, mieloma múltiple, leucemias, sarcomas, neuroblastoma, carcinoma ovárico y mamario entre otros. También se utiliza para tratar enfermedad de Hodgkin, micosis fungoides, síndrome nefrótico, lupus eritematoso, artritis reumatoide grave y vasculitis reumatoide. Forma parte del régimen de acondicionamiento para trasplante de médula ósea.

Dosis y vía de administración. La dosificación varía según los diferentes protocolos disponibles en cada hospital.

Dosis: En pacientes adultos sin problemas hematológicos, en la fase de inducción suele utilizarse una dosificación de 40 a 50 mg/kg en una sola o en dos a cinco dosis y luego se ajusta a la dosificación de mantenimiento que es de 10 a 15 mg/kg por vía I.V. cada 7 a 10 días o de 3 a 5 mg/kg por vía I.V. dos veces por semana.

En los niños suele recomendarse una dosificación de 2 a 8 mg/kg o 60 a 250 mg/m²/día por vía I.V. durante seis días, en dosis administradas cada semana. La dosificación de mantenimiento es de 2 a 5 mg/kg o 50 a 150 mg/m² por vía oral dos veces por semana.

En el lupus eritematoso sistémico en niños, la dosificación intravenosa recomendada es de 500 a 750 mg/m² cada mes, con una dosis máxima de 1 g/m².

En la artritis reumatoide juvenil con vasculitis, se recomienda una dosis intravenosa en los niños de 10 mg/kg cada dos semanas.

Como régimen de acondicionamiento en trasplante de médula ósea en los niños, suele recomendarse por vía intravenosa 50 mg/kg una vez al día durante tres a cuatro días.

Ajuste de la dosificación en pacientes con disfunción renal: En pacientes con una depuración de creatinina de > 10 ml/minuto, se administrará 100% de la dosis normal.

Cuando la depuración de creatinina es = 10 ml/minuto, se administra 75% de la dosis normal.

Vía de administración. Vía parenteral: Se puede administrar por vía intravenosa directa en carga, en una venoclisis mediante infusión en solución salina normal o dextrosa al 5% en agua, en goteo intermitente o continuo, con una concentración máxima final de 20 a 25 mg/ml. Casi todos los protocolos utilizan un lapso de goteo de 30 a 60 minutos; a veces se necesita introducir dosis mayores de 1,800 mg/m² por periodos más largos (sesiones de venoclisis de 4 a 6 horas).

Se evitará la inyección intramuscular cuando las cuentas plaquetarias son bajas. Es recomendable la administración de un volumen de líquido adecuado (tres L diarios)

para evitar la cistitis hemorrágica, la cual puede presentarse meses después de terminado el tratamiento.

Se reducirá la dosis de ciclofosfamida si el paciente está recibiendo también tratamiento con corticosteroides y desarrolla infecciones virales o bacterianas o si se suspenden éstos. Se observará la presentación de hematuria y disuria. Las náuseas y el vómito son más frecuentes con las altas dosis intravenosas del medicamento.

Para la preparación de la solución se recomienda utilizar como diluyente 10 ml de agua inyectable para la presentación de 200 mg y 25 ml de agua inyectable para la presentación de 500 mg.

1.8.2. MICOFENOLATO DE MOFETILO

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: Micofenolato de mofetilo está indicado para la prevención del rechazo agudo del injerto y para el tratamiento del rechazo refractario del injerto en pacientes sometidos al alotrasplante renal. Además, este medicamento también se indica para la prevención del rechazo agudo del alotrasplante cardíaco y para una mayor sobrevida del injerto en el primer año. Está indicado para la prevención del rechazo agudo del injerto en pacientes sometidos a alotrasplante hepático.

DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:

Vía de administración: Oral.

Dosis estándar para la profilaxis en la prevención del rechazo del trasplante renal:

Adultos: Se recomienda una dosis de 1 g de micofenolato administrado oral (a no más de 2 horas de la cirugía) dos veces al día para los pacientes sometidos a trasplante renal.

Niños (de 3 meses a 18 años): Los pacientes con superficie corporal mayor 1.5 m² requieren una dosis de micofenolato tabletas de 1 g dos veces al día (dosis diaria de 2 g).

Dosis estándar para la profilaxis en la prevención del rechazo del trasplante cardiaco:

Adultos: Se recomienda una dosis de 1.5 g de micofenolato administrada oral (a no más de 2 horas de la cirugía) dos veces al día, es decir, una dosis diaria de 3 g para pacientes sometidos a trasplante cardiaco.

Dosis estándar en el tratamiento del primer rechazo o rechazo renal refractario:

Adultos: Se recomienda una dosis de 1.5 g de micofenolato administrada oral (a no más de 2 horas de la cirugía) dos veces al día (o sea 3 g diarios) para tratar a los pacientes que presenten primer rechazo o rechazo renal refractario.

Niños: No hay datos disponibles para el tratamiento del primer rechazo o del rechazo refractario en pacientes pediátricos con trasplante renal.

En pacientes geriátricos, la dosis oral recomendada de 1 g dos veces al día para los pacientes receptores de trasplante renal y de 1.5 g dos veces al día para los receptores de trasplante cardiaco o hepático es también adecuada para estos pacientes.

1.8.3. RITUXIMAB

INDICACIONES TERAPÉUTICAS. Está indicado para el tratamiento de pacientes con:

Linfomas No Hodgkin:

- Linfoma No Hodgkin indolente o folicular de linfocitos B, CD20 positivo, en recaída o quimiorresistente.
- Linfoma folicular en pacientes en fase III y IV sin tratamiento previo, en combinación con quimioterapia.
- Como terapia de mantenimiento en pacientes con Linfoma folicular que hayan respondido a la terapia de inducción.
- Linfoma No Hodgkin difuso de células B grandes, CD20 positivo, en combinación con quimioterapia CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona).

Leucemia linfocítica crónica en combinación con quimioterapia está indicado para el tratamiento de leucemia linfocítica crónica (LLC) en pacientes sin tratamiento previo y en recaída/refractarios.

Artritis reumatoide en asociación con metotrexato está indicado en pacientes adultos para:

- El tratamiento de artritis reumatoide activa moderada a grave cuando la respuesta a los medicamentos antirreumáticos que modifican la enfermedad, incluyendo al metotrexato han sido inadecuados.
- El tratamiento de la artritis reumatoide activa moderada a grave en pacientes con una respuesta inadecuada o intolerancia a una o más terapias con inhibidores del Factor de Necrosis Tumoral (FNT).

Cuando se administró en combinación con metotrexato mostró reducción del índice de progresión del daño articular medido por rayos X, mejoró la función física e indujo una respuesta clínica mayor.

Granulomatosis con poliangitis (Wegener) (GPA) y poliangitis microscópica (PAM): en combinación con glucocorticoides está indicado para el tratamiento de pacientes con granulomatosis severamente activa con poliangitis (GPA, también conocida como granulomatosis de Wegener) y poliangitis microscópica.

DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:

Vía de administración: Intravenosa (Por infusión).

Generalidades: La sustitución por algún otro producto medicinal biológico requiere del consentimiento del médico que prescribe.

Es importante revisar la etiqueta del producto para asegurar que está aplicando la formulación apropiada (intravenosa o subcutánea) al paciente, tal como se prescribió.

Debe administrarse como infusión IV a través de un catéter de uso exclusivo para este medicamento; en un lugar donde se encuentren disponibles las instalaciones para una resucitación completa y la estrecha supervisión de un oncólogo/hematólogo o reumatólogo experimentado.

La solución para infusión preparada no debe administrarse en inyección IV ni en bolo (v. Recomendaciones sobre almacenamiento).

Dosis estándar:

Linfoma No Hodgkin folicular o de bajo grado: Como premedicación, deben administrarse siempre un analgésico/antipirético (p. ej., paracetamol) y un antihistamínico (p. ej., Difenhidramina) antes de cada infusión

También debe considerarse la premedicación con glucocorticoides, especialmente si no se administra en combinación con quimioterapia que contenga esteroides.

Tratamiento inicial:

Monoterapia intravenosa: La dosis recomendada del fármaco en monoterapia para los pacientes adultos es 375 mg/m² de superficie corporal, administrada como infusión IV una vez a la semana durante 4 semanas.

Terapia intravenosa de combinación: El esquema recomendado de fármaco en asociación con cualquier quimioterapia es de 375 mg/m² de superficie corporal por ciclos haciendo un total de:

- 8 ciclos con R-CVP (21 días/ciclo).

- 8 ciclos con R-MCP (28 días/ciclo).
- 8 ciclos con R-CHOP (21 días/ciclo); 6 ciclos si se logra una remisión completa después de 4 ciclos.
- 6 ciclos con R-CHVP-Interferón (21 días/ciclo).

El fármaco debe ser administrado en el día 1 de cada ciclo tras la administración IV del componente glucocorticoide de quimioterapia, si es aplicable.

Ajustes de dosis durante el tratamiento: No se recomienda la reducción de dosis del fármaco. Cuando el fármaco es administrado en combinación con quimioterapia, deben aplicarse las reducciones de dosis estándar para los fármacos quimioterapéuticos.

Velocidad de Infusión y duración del tratamiento:

Primera infusión intravenosa: La velocidad de infusión inicial recomendada es de 50 mg/h: Subsecuentemente, la velocidad puede incrementarse a razón de 50 mg/h cada 30 minutos, hasta un máximo de 400 mg/h.

Infusiones intravenosas subsecuentes: Las infusiones subsecuentes de fármaco pueden iniciarse a una velocidad de 100 mg/h e incrementarse a razón de 100 mg/h, cada 30 minutos, hasta un máximo de 400 mg/h.

Alternativa de 90 minutos posteriores a las infusiones intravenosas: Pacientes que no experimenten un evento adverso grado 3 o 4 relacionado con la infusión en ciclo 1 son elegibles para una posterior infusión alterna de 90 minutos en ciclo 2. La velocidad de la infusión alterna se puede iniciar a una velocidad del 20% de la dosis

total administrada en los primeros 30 minutos y el 80% restante de la dosis total administrada durante los siguientes 60 minutos para un tiempo de infusión de 90 minutos. Los pacientes que toleren la primera infusión de 90 minutos de fármaco (ciclo 2) podrán continuar recibiendo infusiones subsecuentes de fármaco. Los pacientes que toleren la primer infusión de fármaco 90 minutos (ciclo 2) pueden continuar recibiendo infusiones posteriores de fármaco a la velocidad de 90 minutos durante el resto del régimen de tratamiento (hasta el ciclo 6 o ciclo 8). Los pacientes que tienen enfermedades cardiovasculares clínicamente significativas o un recuento de linfocitos circulantes $> 5000/\text{mm}^3$ antes de ciclo 2 no deben recibir la infusión de 90 minutos (v. Reacciones secundarias y adversas y Eficacia).

Retratamiento subsiguiente a la recaída: Los pacientes que han respondido al fármaco inicialmente, han sido tratados nuevamente a una dosis de $375 \text{ mg}/\text{m}^2$ de superficie corporal, administrada como infusión IV una vez a la semana durante 4 semanas (v. Retratamiento semanal con 4 dosis).

Terapia de Mantenimiento: Los pacientes no tratados previamente después de responder al tratamiento de inducción pueden recibir terapia de mantenimiento con el fármaco a una dosis de $375 \text{ mg}/\text{m}^2$ de superficie corporal una vez cada 2 meses hasta la progresión de la enfermedad o por un periodo máximo de dos años (12 infusiones).

Los pacientes con recaída/refractarios después de responder al tratamiento de inducción pueden recibir terapia de mantenimiento con el fármaco a dosis de 375

mg/m² de superficie corporal, una dosis cada 3 meses hasta la progresión de la enfermedad o por un periodo máximo de 2 años.

Linfoma No Hodgkin difuso de células B grandes: Como premedicación, deben administrarse siempre un analgésico/antipirético (p. ej., paracetamol) y un antihistamínico (p. ej.: Difenhidramina) antes de cada infusión del fármaco.

También debe considerarse la premedicación con glucocorticoides, especialmente si el fármaco no se administra en combinación con quimioterapia que contenga esteroides.

El fármaco debe utilizarse en combinación con la quimioterapia con CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, prednisona y vincristina). La dosis recomendada del fármaco es de 375 mg/m² del área de superficie corporal, administrada en el día 1 de cada ciclo de quimioterapia durante 8 ciclos; posterior a la administración IV del componente glucocorticoide de CHOP.

Ajustes de dosis durante el tratamiento: No se recomienda la reducción de dosis del fármaco. Cuando el fármaco es administrado en combinación con quimioterapia, deben aplicarse las reducciones de dosis estándar para los fármacos quimioterapéuticos.

Primera infusión intravenosa: La velocidad de infusión inicial recomendada es de 50 mg/h: subsecuentemente, la velocidad puede incrementarse a razón de 50 mg/h cada 30 minutos, hasta un máximo de 400 mg/h.

Infusiones intravenosas subsecuentes: Las infusiones subsecuentes del fármaco pueden iniciarse a una velocidad de 100 mg/h e incrementarse a razón de 100 mg/h, cada 30 minutos, hasta un máximo de 400 mg/h.

Infusiones alternas de 90 minutos posteriores a las infusiones intravenosas: Pacientes que no experimenten un evento adverso grado 3 o 4 relacionado con la infusión en ciclo 1 son elegibles para una posterior infusión alterna de 90 minutos en ciclo 2. La velocidad de la infusión alterna se puede iniciar a una velocidad del 20% de la dosis total administrada en los primeros 30 minutos y el 80% restante de la dosis total administrada durante los próximos 60 minutos para un tiempo de infusión de 90 minutos. Los pacientes que toleren la primera infusión de 90 minutos del fármaco (ciclo 2) podrán continuar recibiendo infusiones subsecuentes del fármaco. Los pacientes que toleren la primer infusión del fármaco 90 minutos (ciclo 2) pueden continuar recibiendo infusiones posteriores del fármaco a la velocidad de 90 minutos durante el resto del régimen de tratamiento (hasta el ciclo 6 o ciclo 8). Los pacientes que tienen enfermedades cardiovasculares clínicamente significativas o un recuento de linfocitos circulantes $> 5000/\text{mm}^3$ antes de ciclo 2 no deben recibir la infusión de 90 minutos (v. Reacciones secundarias y adversas y Eficacia).

Leucemia Linfocítica Crónica: Como premedicación, deben administrarse siempre un analgésico/antipirético (p. ej.: paracetamol) y un antihistamínico (p. ej.: difenhidramina) antes de cada infusión del fármaco.

También debe considerarse la premedicación con glucocorticoides, especialmente si el fármaco no se administra en combinación con quimioterapia que contenga esteroides.

En pacientes con LLC se recomienda profilaxis con adecuada hidratación y administración de uricostáticos iniciando 48 horas antes del inicio de la terapia para reducir el riesgo del síndrome de lisis tumoral. Para pacientes con LLC con cuenta de linfocitos de $> 25 \times 10^9/L$ se recomienda administrar 100 mg IV de prednisona/prednisolona inmediatamente antes de la infusión con el fármaco para disminuir la tasa y grado de las reacciones agudas a la infusión y/o el síndrome de liberación de citocinas.

La dosis recomendada del fármaco en combinación con quimioterapia para pacientes sin tratamiento previo y en recaída/refractarios es de 375 mg/m² de superficie corporal administrada en el día 1 del primer ciclo de tratamiento seguido por 500 mg/m² de superficie corporal administrada en el día 1 de cada ciclo subsecuente por 6 ciclos en total (v. Eficacia). La quimioterapia se debe administrar después de la infusión del fármaco.

Ajustes en la dosis durante el tratamiento: No se recomiendan reducciones en la dosis de del fármaco. Cuando el fármaco se administra en combinación con la quimioterapia, deben realizarse reducciones en la dosis estándar de los fármacos quimioterapéuticos.

Primera infusión: La velocidad de infusión inicial recomendada es de 50 mg/h: Subsecuentemente, la velocidad puede incrementarse a razón de 50 mg/h cada 30 minutos, hasta un máximo de 400 mg/h.

Infusiones subsecuentes: Las infusiones subsecuentes del fármaco pueden iniciarse a una velocidad de 100 mg/h e incrementarse a razón de 100 mg/h, cada 30 minutos, hasta un máximo de 400 mg/h.

Artritis reumatoide: Como premedicación, deben administrarse siempre un analgésico/antipirético (p. ej.: paracetamol) y un antihistamínico (p. ej.: difenhidramina) antes de cada infusión del fármaco.

También debe considerarse la premedicación con glucocorticoides con la finalidad de reducir la frecuencia y gravedad de las reacciones relacionadas con la infusión. Los pacientes deben recibir vía IV 100 mg de metilprednisolona y completarse 30 minutos antes de cada infusión con el medicamento (v. Precauciones generales).

Un curso del medicamento consiste en dos infusiones IV de 1000 mg. La dosis recomendada del fármaco es de una infusión IV de 1000 mg, y dos semanas después la segunda infusión IV de 1000 mg.

La necesidad de administrar cursos adicionales debe evaluarse 24 semanas después del curso previo con base en la enfermedad residual o la actividad de la enfermedad para regresar a un nivel inferior a 2.6 en la DAS28-ESR (tratamiento para la remisión) (v. Eficacia). Los pacientes pueden recibir cursos adicionales en no menos de 16 semanas tras el curso previo.

Ajuste de dosis durante el tratamiento:

Primera infusión: Se recomienda una velocidad inicial de infusión de 50 mg/h; después de pasada media hora, puede aumentarse a razón de 50 mg/h cada 30 minutos, hasta un máximo de 400 mg/h. Esta velocidad corresponde a un tiempo de administración de 4.25 horas.

Segunda infusión: Las infusiones siguientes del fármaco pueden comenzarse a una velocidad de 100 mg/h, aumentándolas a continuación a razón de 100 mg/h cada 30 minutos, hasta un máximo de 400 mg/h. Esta velocidad corresponde a un tiempo de administración de 3.25 horas.

Infusiones alternas de 120 minutos posteriores con la concentración de 4 mg/mL en un volumen de 250 mL: Si los pacientes no experimentaron un evento adverso grave relacionado con la infusión anterior administrada durante el programa de administración original, se puede administrar una infusión de 120 minutos para las infusiones posteriores. Iniciar a una velocidad de 250 mg/h durante los primeros 30 minutos y luego 600 mg/h durante los siguientes 90 minutos. Si la infusión de 120 minutos es tolerada, se puede utilizar la misma velocidad de infusión alternativa de 120 minutos cuando se administren infusiones y ciclos posteriores.

Pacientes que tienen enfermedades cardiovasculares clínicamente significativas, incluyendo arritmias o reacciones graves a las infusiones de cualquier terapia biológica previa o ante el rituximab, no debe administrarse la infusión de 120 minutos.

Granulomatosis con poliangeítis (Wegener) (GPA) y poliangeítis microscópica (PAM): Como premedicación, deben administrarse siempre un analgésico/antipirético (p. ej.: paracetamol) y un antihistamínico (p. ej.: difenhidramina) antes de cada infusión del medicamento.

La dosis recomendada del medicamento para el tratamiento de GPA y PAM es 375 mg/m² de superficie corporal como infusión IV una vez a la semana durante 4 semanas.

Se recomienda metilprednisolona 1000 mg IV por día para los días 1 a 3 en combinación con el medicamento para tratar los síntomas de vasculitis con actividad grave, seguido de prednisona oral 1 mg/kg/día (no exceder de 80 mg/día, y disminuir la dosis de manera escalonada tan rápidamente como sea posible según la necesidad clínica) durante y después del tratamiento con el medicamento.

Primera infusión: La velocidad de la infusión inicial recomendada del medicamento es 50 mg/h; subsecuentemente, la velocidad se puede escalar en incrementos de 50 mg/h cada 30 minutos hasta un máximo de 400 mg/h.

Infusiones subsecuentes: Las infusiones subsecuentes del medicamento se pueden iniciar con una velocidad de 100 mg/h y escalar con incrementos de 100 mg/h cada 30 minutos hasta un máximo de 400 mg/h.

Se recomienda profilaxis contra la neumonía por *Pneumocystis jiroveci* (NPP) para pacientes con GPA y PAM durante y después del tratamiento con el medicamento, si es apropiado.

Instrucciones para dosificaciones especiales:

Niños y adolescentes: No se ha establecido la seguridad y efectividad de rituximab en los pacientes pediátricos.

Ancianos: No se requieren ajustes de dosis en los ancianos (edad: > 65 años).

1.8.4. BELIMUMAB

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: Tratamiento para lupus eritematoso sistémico (LES) activo con anticuerpos positivos. El medicamento IV está indicado para reducir la actividad de la enfermedad en pacientes adultos con lupus eritematoso sistémico (LES) activo con anticuerpos positivos, quienes están recibiendo tratamiento estándar.

DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:

- Se administra por vía intravenosa mediante infusión, y debe reconstituirse y diluirse antes de la administración (ver Uso y manipulación).
- IV debe ser administrado por un profesional entrenado en el tratamiento de reacciones de hipersensibilidad, incluyendo la anafilaxia.
- IV debe infundirse durante un periodo de 1 hora.
- IV no se debe administrar como pulso o bolo intravenoso.

La velocidad de infusión puede disminuirse o interrumpirse si el paciente desarrolla una reacción a la infusión. La infusión debe suspenderse inmediatamente si el

paciente presenta una reacción adversa potencialmente mortal (ver Contraindicaciones y Precauciones generales).

Se debe monitorear a los pacientes durante y por un periodo apropiado después de la administración del medicamento IV (ver Precauciones generales, Reacciones secundarias y adversas).

Pre-medicación en pacientes con alergias: Puede administrarse premedicación con un antihistamínico oral, con o sin un antipirético, antes de la infusión del fármaco IV (ver Precauciones generales, Estudios clínicos).

Adultos: El régimen de dosificación recomendado es de 10 mg/kg los días 0, 14 y 28, y posteriormente en intervalos de 4 semanas.

Niños: el fármaco IV no ha sido estudiado en pacientes menores de 18 años de edad. No existen datos acerca de la seguridad y eficacia de belimumab en este grupo de edad.

Pacientes de edad avanzada: Aunque los datos son limitados, no se recomienda un ajuste de la dosis (ver Farmacocinética y farmacodinamia-Poblaciones de pacientes especiales).

Insuficiencia renal: No se han realizado estudios formales del medicamento IV en pacientes con insuficiencia renal.

El medicamento IV ha sido estudiado en un número limitado de pacientes con LES con insuficiencia renal. No se requiere ajuste de la dosis en pacientes con

insuficiencia renal (ver Farmacocinética y farmacodinamia-Poblaciones de pacientes especiales).

Insuficiencia hepática: No se han realizado estudios formales del medicamento IV en pacientes con insuficiencia hepática. Sin embargo, no es probable que los pacientes con insuficiencia hepática requieran modificaciones de la dosis (ver Farmacocinética y farmacodinamia-Poblaciones de pacientes especiales).

1.8.5. HIDROXICLOROQUINA

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: Tratamiento supresivo y de ataques agudos de paludismo (malaria) debido a Plasmodium vivax, P. malarie y P. ovale, y cepas susceptibles de P. falciparum. También está indicado para el tratamiento de artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico y discoide.

DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:

Artritis reumatoide: Este compuesto es acumulativo en acción y requerirá varias semanas para ejercer sus efectos terapéuticos benéficos. Puede ser que se requieran varios meses de terapia antes de que puedan ser obtenidos los efectos máximos. La dosis inicial en los adultos se encuentra entre 400 y 600 mg/día. El medicamento debe tomarse con alimentos o con un vaso de leche.

La dosis de mantenimiento es de 200 a 400 mg/día. La gravedad de la afección y la respuesta terapéutica fijan la pauta definitiva del tratamiento al igual que la duración del mismo.

Lupus eritematoso: En promedio, la dosis en el adulto es de 400 mg una o dos veces al día, la cual debe continuarse por varias semanas o meses, dependiendo de la respuesta del paciente. Para terapia de mantenimiento, una dosis más pequeña de 200 a 400 mg al día con frecuencia será suficiente.

Paludismo: El tratamiento de supresión en adultos es de 400 mg una vez a la semana, exactamente el mismo día. En los niños la dosis supresiva semanal es de 5 mg, por kg de peso corporal, calculada con respecto a la base (200 mg de sulfato de hidroxiclороquina = 155 mg de la base), sin exceder las dosis del adulto.

Tratamiento del ataque agudo: En los adultos se debe dar una dosis inicial de 800 mg, seguida por 400 mg en seis a ocho horas y por 400 mg diarios durante dos días consecutivos hasta completar una dosis de 2 g.

En los niños se administra una dosis total de 25 mg/kg, administrados en tres días como a continuación se indica: primera dosis, 10 mg/kg; segunda dosis, 5 mg/kg seis horas después de la primera dosis; tercera dosis, 5 mg/kg 18 horas después de la segunda dosis; cuarta dosis, 5 mg/kg 24 horas después de la tercera dosis. Se debe tener en cuenta que este cálculo se hace a partir de la hidroxiclороquina base y que no deben excederse 620 mg de dicha base en la primera dosis, 310 mg en la segunda, tercera y cuarta dosis (5).

1.9. COMORBILIDAD DE LA ENFERMEDAD

La enfermedad de lupus eritematoso sistémico cursa con otras enfermedades, se menciona en orden decreciente de la comorbilidad y son las siguientes:

- Hipertensión arterial

- Insuficiencia renal crónica
- Diabetes mellitus
- Enfermedades hematológicas
- Enfermedades neurológicas
- Enfermedades respiratorias
- Cardiopatía
- Otras enfermedades autoinmunitarias

1.10. COMPLICACIONES

- Infecciones
- Renales
- Hematológicas
- Neurológicas
- Cardiovasculares
- Gastrointestinales
- Respiratorias
- Otras.

1.11 PREVENCIÓN

Ya que la enfermedad puede presentarse sin previo aviso, es difícil determinar si se puede prevenir completamente su aparición durante su vida.

Lo mejor que puede hacer es disminuir la probabilidad de desarrollar lupus al concentrarse en mantener su cuerpo saludable a través de las prácticas físicas y alimenticias enfocadas en la nutrición. Tampoco le vendría mal apoyar a su mente. Estos son algunos puntos que podría implementar:

1.11.1 ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Tan solo con consumir los alimentos correctos, puede prevenir la inflamación, la cual es uno de los síntomas principales del LUPUS. Una alimentación saludable también promueve el funcionamiento adecuado de los órganos y la salud general del cuerpo, lo cual también puede mejorar su estado de ánimo general.

Tener en cuenta que, cuando se trata de comer de forma saludable, lo mejor es asegurarse de comprar sus alimentos con los proveedores certificados de productos orgánicos. De esta forma, puede asegurarse de que lo que come no contenga sustancias químicas dañinas, como pesticidas o antibióticos.

1.11.2 EJERCICIOS

El ejercicio regular puede ayudarle a desarrollar resistencia, controlar su peso y mejorar su estado de ánimo. Asegúrese de preguntarle a médico acerca de los

ejercicios que puede realizar, ya que los órganos afectados con lupus podrían evitar que realice ciertos movimientos físicos.

1.11.3 SUPLEMENTOS

Esta es una buena forma de añadirle valor nutricional a su alimentación e incluso puede ayudar a disminuir la inflamación en todo su cuerpo. Algunos suplementos, como el aceite de kril, tienen nutrientes que pueden mejorar su salud cardiovascular a través del consumo regular.

1.11.4 PREVENCIÓN DE LOS ATAQUE

Si ya le han diagnosticado lupus, hay varias medidas que puede tomar para evitar que se reagudice. Las mismas sugerencias que aplican para las personas que no tienen lupus funcionan en este caso, aunque hay algunos puntos adicionales, como:

1.11.5 PROTEGERSE DEL SOL

Los rayos ultravioletas del sol son un detonante bien conocido del lupus, así que, su prioridad será evitar la exposición a la luz solar. Aunque, si necesita salir al exterior, lo mejor es cubrirse con algunas prendas, como un sombrero y playeras de manga larga. También puede usar un bloqueador solar seguro para mayor protección.

1.11.6 USAR LAS TÉCNICAS DE LIBERACIÓN EMOCIONAL

El lupus puede disminuir el ánimo, lo que podría afectar el éxito de su tratamiento y su bienestar general. Es importante realizar los métodos positivos y que reafirmen su confianza, como las técnicas para mantener el ánimo.

1.11.7 CALCIO

El lupus puede debilitar los huesos debido a la fatiga y a la inactividad que ocasiona en el cuerpo. Tomar medicamentos también puede debilitar los huesos, como efecto secundario del tratamiento del lupus. Para contra atacar, consume alimentos ricos en calcio, como leche cruda de animales alimentados con pastura, la cual le permite obtener los beneficios de la leche como lo planeó la naturaleza, sin sustancias químicas dañinas. También se recomienda tomar un suplemento de calcio, en conjunto con las vitaminas D3 y K2.

1.11.8 EVITAR MALOS HÁBITOS

- **Fumar.** Aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares, las cuales pueden empeorar los síntomas del lupus y causar otras complicaciones.
- **Alcohol.** Reduce la efectividad de los medicamentos y puede evitar que duerma bien por la noche.
- **Alfalfa.** Se ha reportado que el consumo de alfalfa aumenta los ataques de lupus debido al aminoácido L-canavanina que contiene. Lo mejor es no consumir este alimento de ninguna forma.

1.12 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
<p>Deterioro del intercambio gaseoso r/c reducción del ciclo de vida y destrucción prematura del eritrocito e/p disnea, taquicardia, hipoxemia (SpO₂ 94%).</p>	<p>OBJETIVO: Persona recuperará intercambio gaseoso normal con la intervención bifocal de enfermería durante el turno. NOC: PERFUSIÓN TISULAR: PULMONAR (0408) INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 040811 Presión arterial pulmonar • 040814 Función respiratoria • 040815 Frecuencia respiratoria • 040816 Presión sanguínea sistólica. • 040817 Presión sanguínea diastólica • 040819 PaCO₂ • 040820 pH arteria • 040821 Saturación de oxígeno <p>ESCALA: Gravemente comprometido hasta No comprometido (a) y Grave hasta Ninguno (n)</p>	<p>Manejo de las vías aéreas (3140): Asegurar la permeabilidad de las vías aéreas.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible. • Identificar al paciente que requiera de manera real potencial la intubación de vías aéreas. • Realizar fisioterapia torácica, si está indicado. • Eliminar las secreciones fomentando la tos o la succión. • Enseñar a toser de manera efectiva. • Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios. • Administrar aire u oxígeno

		<p>humidificados, si procede</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea. • Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, si procede <p>Oxigenoterapia (3320): administración de oxígeno y control de su eficacia.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. • Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado. • Administrar oxígeno suplementario según órdenes. • Vigilar el flujo de litro de oxígeno.
--	--	--

DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
<p>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c bajo aporte de nutrientes necesarios para la formación de eritrocitos e/p palidez, uñas en forma de cuchara y cabello delgado y quebradizo</p>	<p>OBJETIVO: Persona recuperará equilibrio nutricional con la intervención bifocal de enfermería.</p> <p>NOC: ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN DE NUTRIENTES (1009)</p> <p>INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingestión de hidratos de carbono (100901). • Ingestión proteica (100902). • Ingestión de grasas (100903). • Ingestión de vitaminas (100905). • Ingestión mineral (100906). • Ingestión de hierro (100907). <p>ESCALA: PUNTUACION DE LA VALORACION: 2 PUNTUACION DIANA: 4</p>	<p>MANEJO DE LA NUTRICIÓN (1100)</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar en colaboración con el dietista, si procede el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación. • Realizar una selección de comidas. • Administración de hierro sacarato parenteral suplementario a la alimentación. • Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede. • Fomentar el aumento de

		<p>ingesta de proteínas, hierro y vitaminas, si es el caso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente, según cada caso. • Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si es necesario. • Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico. • Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.
--	--	---

DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
<p>Estreñimiento r/c derivación de la sangre fuera del lecho esplácnico s/a anemia e/p dolor abdominal, disminución de los ruidos hidroaereos</p>	<p>OBJETIVO: Persona mejorara tránsito gastrointestinal normal con la intervención bifocal de enfermería.</p> <p>NOC: Eliminación intestinal: Formación y evacuación de heces (0501)</p> <p>INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patrón de eliminación (050101) • Control de movimientos intestinales (050102) • Cantidad de heces en relación con la dieta(050104) • Facilidad de la eliminación de heces(050112) <p>ESCALA: PUNTUACION DE LA VALORACION: 2 PUNTUACION DIANA: 4</p>	<p>MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO/ IMPACTACION: Formación y evacuación de heces.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la causa fisiológica • Control de movimientos: Intestinales, incluyendo frecuencia, volumen y consistencia. • Identificar factores que puedan ser causa de estreñimiento o que contribuyan al mismo. • Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos. • Llevar a cabo un programa de entrenamiento intestinal, si procede. • Instruir a la familia y

		paciente con una dieta rica en fibras.
--	--	--

DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
--------------------	------------	------------

<p>Intolerancia a la actividad r/c desequilibrio en el aporte y demanda de oxígeno e/p disnea al esfuerzo, debilidad, cansancio, taquicardia.</p>	<p>OBJETIVO: Persona mejorará tolerancia a la actividad con la intervención bifocal de enfermería.</p> <p>NOC: CONSERVACIÓN DE LA ENERGÍA (0002)</p> <p>INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 000211 Equilibrio entre actividad y descanso • 000209 Organiza actividades para conservar energía • 000205 Adapta el estilo de vida al nivel de energía • 000206 Mantiene una nutrición adecuada <p>NOC: TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD (0005)</p> <p>INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 000501 saturación de oxígeno en respuesta a la actividad • 000502 frecuencia cardiaca en respuesta a la actividad • 000503 frecuencia respiratoria en respuesta a la actividad, hallazgos de electrocardiograma • 000506 color de piel • 000510 distancia de caminata • 000518 facilidad de realizar actividades de la vida diaria • 000514 habilidades de hablar durante el ejercicio <p>Escala: Gravemente comprometido hasta no comprometido.</p>	<p>MANEJO DE ENERGÍA (01809):</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar la capacidad del paciente para desempeñar las tareas y actividades cotidianas. • Controlar la presión arterial, pulso, respiración durante y después de una actividad. Comprobar las respuestas adversas frente al aumento del grado de actividad. • Recomendar una atmosfera tranquila y reposo en cama. • Levantar la cabecera de la maca. Mantener en posición semifowler o fowler. • Recomendar al paciente que cambie de postura lentamente y controlar si presenta mareos o debilidad. • Ayudar a la paciente a priorizar las actividades cotidianas deseadas • Proporcionar/recomendar ayuda en las actividades, de ambulación. • Identificar, ejecutar las técnicas para ahorrar energía (silla para la ducha, sentarse para realizar tareas) • Informar al paciente que interrumpa las actividades si manifiesta palpitaciones, dolor de tórax, disnea, debilidad o mareos. • Controlar los análisis clínicos
--	--	---

DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
<p>Riesgo de infección r/c defensas secundarias inadecuadas (disminución de la hemoglobina, leucopenia, supresión de la respuesta inmunitaria) s/a tratamiento farmacológico inmunosupresor</p>	<p>OBJETIVO: Persona evitará infección con la intervención bifocal de enfermería. NOC: CONTROL DE RIESGO(1902) INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisa los factores de riesgo de la conducta personal 190203 • Sigue las estrategias de control del riesgo seleccionadas 190207 • Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo 190208 • Utiliza los sistemas de apoyo personal para controlar el riesgo 190214 <p>ESCALA: PUNTUACION DE LA VALORACION: 2 PUNTUACION DIANA:</p>	<p>PROTECCION FRENTE A INFECCIONES(6550):</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar lavado de manos • Emplear técnicas asépticas estrictas. • Recomendar a la persona cambios frecuentes de postura • Fomentar el consumo de suficiente cantidad de líquidos. • Proporcionar aislamiento protector, si es necesario.

DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
<p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c disminución de la movilidad física s/a debilidad musculo esquelética.</p>	<p>OBJETIVO: Persona evitara deterioro de la integridad cutánea con la intervención bifocal de enfermería.</p> <p>NOC:INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS (1101)</p> <p>INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura de la piel (110101) • Sensibilidad (110102) • Elasticidad (110103) • Hidratación (110104) • Textura (110108) • Piel intacta (110113) <p>ESCALA: PUNTUACION DE LA VALORACION: 2 PUNTUACION DIANA: 3</p>	<p>BAÑO (1610).</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar con el baño de paciente en cama. • Realizar el baño con el agua a temperatura agradable. • Ayudar con las medidas de higiene. • Se lubricó la piel. • Se conservó la piel limpia y seca. • Se mantuvo la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. <p>VIGILANCIA DE LA PIEL (3590).</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar su color, calor, pulsos, texturas y si hay inflamación, edemas o ulceraciones. • Observar si hay zonas de presión y fricción. • Vigilar el color y temperatura de la piel. • Instruir al familiar acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel. • Se garantizó la cantidad de la alimentación enteral indicada. • Se le realizaron ejercicios pasivos en las extremidades. • Se estimula en la realización de fuerza en las extremidades (6).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Palma Arías. Factores asociados a lupus eritematoso sistémico. Tesis maestría. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de medicina; 2014.
2. Wikipedia. Lupus eritematoso sistémico. [Online].; 2016 [cited 2017 Julio 6. Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/Lupus_eritematoso_sist%C3%A9mico.
3. Casansa Pérez L. Prevalencia de lupus en el Perú. Tesis pregrado. Lima: Universidad nacional Mayor de San Marcos, Facultad de medicina; 2010.
4. Saenz Peralta Y. Factores que inciden en lupus eritematoso sistémico. Tesis pregrado. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal, Facultad de medicina; 2006.
5. PLM. Líderes en información sobre ciencias de la salud. [Online].; 2017 [cited 2017 Julio 6. Available from: <http://www.medicamentosplm.com/>.
6. Ayala Corrie A. Prácticas de diagnóstico de enfermería. Tesis pregrado. Buenos aires: Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de enfermería; 2012.

ANEXO

FIG. Nº 1 LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO



FIG. N° 2 EPIDEMIOLOGÍA



LES / Epidemiología

- **Distribución universal**
- **Incidencia: 2.0 a 7.6 casos/100,000 hab/año**
- **Prevalencia: 12.5 a 50.8 casos/100,000 hab**
- **Relación mujer/varón: 6-10:1**
- **Prevalencia en población general: 1/2000**

FIG. N° 3 CUADRO CLÍNICO

El lupus eritematoso sistémico (LES)

Cuadro Clínico:

- Síntomas constitucionales
- Manifestaciones Articulares
- Manifestaciones Cutáneas
- Manifestaciones Cardiopulmonares
- Manifestaciones Hematológicas
- Manifestaciones Renales
- Manifestaciones Oculares
- Manifestaciones Neuropsiquiátricas.

