



**\*ESTUDIO DE CASO**

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UNA PERSONA CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO BASADO EN LA TEORÍA DE INCERTIDUMBRE.**

**NURSING CARE FOR A PERSON WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS BASED ON THE THEORY OF UNCERTAINTY.**

**Mónica Margarita Lazo-Sánchez<sup>1</sup>, Julio César Cadena-Estrada<sup>2</sup>, Sandra Sonalí Olvera-Arreola<sup>3</sup>.**

<sup>1</sup>*Pasantía en Servicio Social. Departamento de Investigación en Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Ciudad de México, México.*

<sup>2</sup>*Maestro en Enfermería. Jefe de Educación e Investigación en Enfermería del Departamento de Investigación en Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Ciudad de México, México.*

<sup>3</sup>*Maestra en Enfermería. Directora de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Ciudad de México, México.*

Recibido el 31 de Julio de 2017; aceptado el 23 de febrero de 2018.

**RESUMEN**

**Introducción.** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, crónica que no tiene un cuadro clínico característico ni regularidad en su presentación y curso, lo que constituye un desafío en la expectativa y calidad de vida del paciente y lo que a su vez genera incertidumbre.

**Objetivo.** Aplicar el proceso de atención de enfermería basado en los supuestos de la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad.

**Metodología.** Estudio de caso con enfoque cualitativo, aplicado a una persona joven con LES que ingreso por trombosis venosa profunda. Se obtuvieron datos a partir de una entrevista grabada, la escala Mishel de la incertidumbre frente a la enfermedad, valoración exhaustiva y focalizada durante sus días de hospitalización. Se hizo un análisis a profundidad y se generaron tres categorías. Los diagnósticos se basaron en la NANDA, se plantearon intervenciones y resultados de acuerdo al NIC/NOC y finalmente se evaluaron.

**Resultados.** Se identificó un nivel alto de incertidumbre de acuerdo al instrumento utilizado así como factores generadores de incertidumbre en la categoría de marco de los estímulos y mecanismos proveedores de estructura valorados como una oportunidad. Los diagnósticos más relevantes fueron afrontamiento inefectivo y conocimientos deficientes y de acuerdo a las intervenciones y evaluación se observó que fue capaz de expresar sus sentimientos y miedos, así mismo mejoró el nivel de conocimientos acerca de su enfermedad.

**Conclusión.** Las intervenciones de enfermería con base en la teoría de Mishel permitieron brindar a la persona cuidados que modificaron su nivel de incertidumbre mostrando disposición para mejorar su salud y asimilando su enfermedad.

**Palabras clave:** Atención de enfermería, lupus eritematoso sistémico, teoría de enfermería, teoría de la incertidumbre.

**ABSTRACT**

**Introduction.** Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is an autoimmune chronic disease that doesn't have a characteristic clinical picture or regularity in its presentation and course, which constitutes a challenge in the patient's life expectancy and quality which also generates uncertainty.

**Objective.** Apply the nursing care process based on the assumptions of the uncertainty in illness theory.

**Methodology.** Case study with a qualitative approach, applied to a young person with SLE who was admitted for deep vein thrombosis. Data were obtained from a recorded interview, the Mishel's Uncertainty Illness Scale (MUIS), exhaustive and focused assessment during his days of hospitalization. An in-depth analysis was made and three categories were generated. The diagnoses were based on NANDA, interventions and results were proposed according to the NIC / NOC and finally evaluated.

**Results.** A high level of uncertainty was identified according to the MUIS used as well as factors generating uncertainty in the framework category of the stimuli and structure provider mechanisms valued as an opportunity. The most relevant diagnoses were "ineffective coping" and "poor knowledge" and according to the interventions and evaluation it was observed that the patient was able to express his feelings and fears, as well as the improvement of the level of knowledge about his illness.

**Dirección para Correspondencia:**

Mónica Margarita Lazo Sánchez

Juan Badiano No. 1. Colonia Sección XVI, Delegación Tlalpan. Código postal 14080. Teléfono: 55732911 extensión 1391

Correo electrónico: [lzmonimar@gmail.com](mailto:lzmonimar@gmail.com)

**Conclusion. Nursing interventions based on Mishel's uncertainty in illness theory allowed the patient to receive care that modified his level of uncertainty, showing willingness to improve his health and assimilate his illness.**

**Key words: Nursing care, lupus erythematosus systemic, nursing theory, uncertainty.**

## INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, inflamatoria, crónica y sistémica de etiología desconocida, que se caracteriza por la presencia de múltiples autoanticuerpos y un amplio espectro de manifestaciones clínicas en distintos órganos y sistemas<sup>1,2</sup>. Afecta principalmente a las mujeres jóvenes (en una relación de 9:1), desde la segunda hasta la quinta década de la vida<sup>3,4</sup>. Diversas causas pueden implicarse a manera de desencadenantes de un brote o del inicio de la sintomatología clínica del LES, tales factores pueden ser genéticos, hormonales y ambientales, entre ellos el estrés emocional y físico, el embarazo, algunos fármacos como los derivados de las sulfas, anticonvulsivos, antibióticos y la luz ultravioleta de la radiación solar<sup>5</sup>.

Debido a la variedad de órganos que pueden verse afectados, no existe un cuadro clínico característico, ni regularidad en cuanto a la presentación y curso de la enfermedad<sup>6</sup>, lo que constituye un gran desafío para el equipo de salud y por ende para la expectativa y la calidad de vida del paciente<sup>7,8</sup>. Además, puede generarse en el paciente con LES un grado significativo de incertidumbre, ya sea al inicio o durante la evolución de la misma debido a la cronicidad de la patología, ya que está determinada no solo por las características biológicas propias de la enfermedad, sino también por el fuerte impacto emocional, físico y social donde la adaptación constituye un factor significativo para el mantenimiento de un nivel razonable de calidad de vida<sup>9</sup>.

La teoría de rango medio propuesta por Merle H. Mishel define el concepto primario (incertidumbre frente a la enfermedad) como un estado cognitivo donde las personas no son capaces de determinar qué significan los hechos que ocurren, y controlarla es esencial para conseguir la adaptación durante el padecimiento<sup>10</sup>.

Esta teórica propone los siguientes conceptos que pueden ser aplicados a las personas con LES:

1. Marco de los estímulos: se refiere al entorno donde la persona percibe los estímulos y comprende el patrón de los síntomas, la familiaridad y coherencia de los eventos. Las personas con LES no siempre pueden construir un significado de la enfermedad, ya sea por lo inesperado o la magnitud del daño que causa.

2. Fuentes de la estructura: son todos aquellos recursos que ayudan a la persona en la interpretación del marco de estímulos. Dentro de estas se encuentra el apoyo social, la autoridad con credibilidad y la educación. El

apoyo de familiares y amigos influye en el nivel de incertidumbre de las personas con LES, además, el personal de salud que le atiende debe ganarse la confianza para poder instruir y enseñarle sobre la complejidad de esta enfermedad.

3. Autoevaluación de la incertidumbre: la incertidumbre puede ser vista como un peligro, y se da cuando el individuo considera la posibilidad de que haya un resultado negativo. Por el contrario, la incertidumbre vista como una oportunidad es fruto de la ilusión donde la persona valora la situación como si se pudiesen obtener resultados positivos.

4. Afrontamiento: en las personas con LES la sensación prolongada de incertidumbre puede servir de impulso y ser percibida como una oportunidad para hacer cambiar la perspectiva que la persona tiene de la vida y la enfermedad y dar como resultado la adaptación; el afrontamiento ofrece una especie de barrera con el fin de conservarla.

La aplicación de la teoría de la incertidumbre de Mishel permitirá al profesional de enfermería identificar los primeros datos de incertidumbre para realizar un plan de cuidados enfocados a eliminar esta situación y, posteriormente, lograr que la persona o familia afronten y se adapten a la enfermedad<sup>11</sup>. Esta teoría se ha utilizado en el área de la salud por diferentes autores en distintos tipos de enfermedades crónicas, como fibromialgia, enfermedad coronaria, diabetes mellitus tipo II, esclerosis múltiple y personas con cardiodesfibrilador implantable, quienes abordan la incertidumbre como un elemento crucial en la vivencia de la enfermedad<sup>12,13,14,15,16</sup>. Sin embargo, existe un vacío en el conocimiento respecto a la aplicación de esta teoría en personas con LES. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue aplicar el proceso de atención de enfermería con base en la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad a una persona joven con LES, con el fin de aportar pruebas empíricas significativas que confirmen el modelo teórico de Mishel en las personas adultas con enfermedades crónicas.

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de caso con enfoque cualitativo de una mujer llamada -para fines de este estudio- con el pseudónimo de "Dalia". La recolección de datos se llevó a cabo mediante la grabación de una entrevista estructurada, y la aplicación de la escala de Mishel de la incertidumbre frente a la enfermedad (Mishel Uncertainty in Illness Scale). Este instrumento tiene un alfa de Cronbach mayor a 0.8;<sup>14,17</sup> consta de 29 ítems con una escala de respuesta tipo Likert donde cada pregunta tiene un puntaje con un valor mínimo de 1 (muy en desacuerdo) a un máximo de 5 (muy de acuerdo), a mayor puntuación mayor nivel de incertidumbre (NI). El puntaje máximo es de 145 puntos y el mínimo de 29. Para determinar el NI se utilizaron los siguientes puntos de corte: bajo NI= <59 puntos, regular NI= 59-87 puntos y alto NI= >87 puntos.

Se complementó con las variables de signos vitales, aparición y evolución de signos y síntomas de su patología de ingreso mediante una exploración y valoración física exhaustiva céfalo-caudal al momento de su ingreso, así como 15 focalizadas durante el tiempo de hospitalización. Además, se recolectaron datos del expediente clínico contenidas en la historia clínica, la nota de ingreso hospitalario, informes del departamento de cardiología intervencionista, notas de evolución, hojas de enfermería, registros de productos sanguíneos transfundidos y laboratorios (Cuadro I).

**Cuadro I.** Valoración durante los días de hospitalización.

Fecha	Valoración
23 de Noviembre de 2016	<p>A su llegada al instituto ingresa a la Unidad Coronaria con un diagnóstico de trombosis venosa profunda (TVP) bilateral en miembros pélvicos, más trombosis de vena cava inferior.</p> <p>Se encontró asintomática en lo cardiovascular, con signos vitales de FC: 110 latidos por minuto (lpm), FR: 20 respiraciones por minuto (rpm), T/A: 125/70 mmHg, Temp: 37.8°C, SaO<sub>2</sub>: 98%, electrocardiograma con taquicardia sinusal. Sin datos de hipoperfusión a órganos diana. Se le realizó angio TAC de arterias pulmonares donde se encontró tromboembolia pulmonar (TEP) en ramas derechas sin infartos asociados ni datos sugestivos de repercusión hemodinámica, además, se encontró TVP que se extendía hasta vena cava inferior a la altura del polo renal superior derecho y derrame pleural bilateral, pudiendo ser candidata para realización de trombolisis con catéter EKOS y posteriormente colocación de filtro de vena cava inferior. Se decide su ingreso para vigilancia.</p> <p>A la exploración física se encuentra consciente, orientada, con eritema malar, palidez de tegumentos, adecuado estado de hidratación, cuello sin alteraciones, campos pulmonares con hipoventilación basal, ápex en 5° espacio intercostal, línea medio clavicular, primer ruido normal, segundo con desdoblamiento fisiológico, abdomen con útero en involución, no doloroso a la palpación, peristalsis presente. Presenta edema en miembro pélvico derecho +++ hasta la altura de la pelvis y en miembro pélvico izquierdo ++, flogosis en rodilla derecha con signo del tímpano, Homans positivo, Olow positivo solamente en miembro pélvico derecho.</p> <p>Gasometría arterial pH: 7.45, PaO<sub>2</sub>: 164mmHg, PaCO<sub>2</sub>: 29.7mmHg, HCO<sub>3</sub>: 20.6mmol/L, SaO<sub>2</sub>: 99.7%, Hb: 8.7g/dL, K: 4.2meq/L, Na: 133meq/L, Glucosa: 94mg/dL.</p> <p>Lactato de 0.5mmol/L por laboratorios con anemia normocrómica, sin evidencia de sangrado transvaginal y gastrointestinal, prueba de funcionamiento hepático (PFH) y plaquetas normales, descartando probable síndrome de HELLP. Tiempo parcial de tromboplastina (TPT) 42.9seg, INR 2.0</p>
24 de Noviembre de 2016	<p>Acudió al Departamento de Cardiología Intervencionista previa asepsia y antisepsia de regiones cervicales derecha e izquierda, se intentó realizar punción de vena yugular derecha por acceso anterior en varias oportunidades sin éxito. Posteriormente y bajo guía ecográfica se realizó punción de vena yugular izquierda, con adecuado flujo se colocó introductor no hidrofílico 7 Fr. Se realizó trombolisis venosa in situ asistida por catéter de ultrasonido EKOS, se avanzó un catéter MP 6 Fr hasta nivel de bifurcación de venas ilíacas comunes, y se realizó venografía evidenciando defectos de llenado en relación a alta carga de trombo a nivel de ambas venas ilíacas comunes que se extiende distalmente a segmento proximal de la iliaca externa izquierda y proximalmente con ausencia completa de opacificación hacia vena cava inferior.</p> <p>Regresa a Unidad Coronaria estable, ligeramente ansiosa por no poder movilizarse completamente.</p>
25 de Noviembre de 2016	<p>Presentó escalofríos en la mañana con febrícula de 37.7°C. Consciente, orientada, Glasgow 15, campos pulmonares ventilados sin estertores, abdomen con peristalsis normoactiva, blando, depresible, no doloroso, continua con edema bilateral en miembros pélvicos hasta ingles, derecho +++, izquierdo ++, con vendaje elástico, movilidad y sensibilidad conservada en ambos pies. Presenta úlcera por presión con sospecha de daño tisular profundo (SDPT) en región sacra de 3-8cm</p> <p>Acudió a hemodinámica, donde se le realizó venografía evidenciando carga importante de trombo en todo el trayecto desde las venas ilíacas comunes perdiendo flujo en la vena cava inferior por lo que se recoloca catéter de ultrasonido.</p>
26 de Noviembre de 2016	<p>Refirió dolor en fosa iliaca izquierda, sin datos de irritación peritoneal. Se colocó sonda vesical por oliguria, con posterior uresis de 500cc. En la tarde con diuresis limitrofe, volumen total de 850cc. Ya no presentó fiebre. Se deja en ayuno.</p> <p>Interconsulta con Reumatología quien por presencia de historia de eritema malar, caída espontánea del cabello, artralgias, linfopenia, anemia, y positividad de marcadores inmunológicos confirmó diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico y probable síndrome antifosfolípido; inicia tratamiento una vez resuelta la trombosis de vena cava inferior e ilíacas.</p>

27 de Noviembre de 2016	<p>Cursó con dolor discreto en región dorsal asociado a posición, se mantuvo con infusión de tramadol y rescate con paracetamol. Se mantuvo con infusión de alteplase a 1mg por hora, además de HNF con niveles óptimos de INR (1.10). No presentó sangrado pero en BH de control se destaca disminución de Hb (1.5g/dL) y linfopenia (500 totales). Se reportaron cultivos negativos y no tuvo signos de respuesta inflamatoria sistémica. Diuresis de 1350cc en 24 horas, hemodinámicamente estable. Se detectó hipocalcemia leve (3.46mg/dL) y se indicó reposición.</p> <p>Se indicó suspensión de infusión de heparina y alteplase para pasar a hemodinámica. Se retiró sonda de ultrasonido, posteriormente se avanzó guía de intercambio y se avanzó catéter hasta nivel de bifurcación de venas ilíacas comunes evidenciando carga importante de trombo en todo el trayecto. Una vez retirados los catéteres se valoró inició de esteroide como parte del tratamiento del LES.</p>
28 de Noviembre de 2016	<p>Gasto urinario de 2cc/kg/hr. Se retiró catéter de fibrinólisis sin complicaciones y no se colocó filtro de vena cava. Se inició infusión de heparina no fraccionada, en el momento con TPT de 59s. Aún con alta carga trombótica en angiografía de retiro de catéter. Estuvo asintomática, con discreta mejoría del edema en miembros pélvicos, sin dolor en fosa renal. Se inicia anticoagulación con acenocumarol.</p>
29 de Noviembre de 2016	<p>Asintomática a nivel cardiovascular, niega datos de sangrado, hemodinámicamente estable. Por parte de reumatología no iniciarán tratamiento, por el momento mantendrán manejo expectante. Se reportó descenso de la hemoglobina de casi 1 gr, se tomó control con Hb 7.1g/dL (basal). Colocación de medias de compresión.</p>
30 de Noviembre de 2016	<p>Se reporta asintomática. Sedimento urinario con reporte de piuria y proteinuria. Se inicia Fosfomicina. Se reportó hemoglobina de 7.1g/dL, se transfunde una unidad de concentrado eritrocitario.</p>
01 de Diciembre de 2016	<p>Tuvo descenso de la Hb a 6.7g/dL a pesar de que se transfundió un paquete globular. Niega datos de sangrado. Se retiró sonda vesical y presentó micción espontánea. Resultado de urocultivo documenta aislamiento con E. coli / K. pneumoniae BLEE, sensibles a fosfomicina.</p> <p>Por la noche se encontró con taquicardia de 115lpm y con datos de deshidratación. Se suspende furosemide y se cambia por espirolactona por hipocalcemia. Se deja con reposición de potasio oral. Persiste con edema de miembros inferiores y pelvis. Se decide trasladar a piso para continuar manejo.</p>
02 y 03 de Diciembre de 2016	<p>Se transfundió una unidad de Concentrado Eritrocitario (CE) por día.</p>
05 de Diciembre de 2016	<p>Presenta retención hídrica, mala distribución de líquidos. Se solicita ECOTT de control para valorar función ventricular derecha, y nueva valoración por reumatología por sospecha de probable actividad lúpica tratándose de ascitis.</p>
06 de Diciembre de 2016	<p>La BH persiste con anemia a pesar de la transfusión de paquete globular. En las últimas 48 horas se ha notado desarrollo de ascitis y edema de miembros.</p>
07 de Diciembre de 2016	<p>Presenta úlcera por presión con sospecha de daño tisular profundo (SDPT) en región sacra de 1-2 cm en remisión.</p>
08 de Diciembre de 2016	<p>Se mantiene estable hemodinámicamente, sin datos de respuesta inflamatoria sistémica. En sesión médica se resuelve que no es candidata a filtro de vena cava por sitio de trombosis, por lo que continuará por el momento con anticoagulación. Se da pre-alta.</p>
12 de Diciembre de 2016	<p>Alta hospitalaria por mejoría. Tuvo 19 días de estancia hospitalaria. Llevará seguimiento en la consulta externa. Plan de manejo: Furosemida 40-20-0 y Acenocumarol según esquema.</p>
21 de Diciembre de 2016	<p>Dos días de evolución con dolor punzante en región inguinal derecha al caminar, niega aumento de volumen o cambio de coloración local, así como tos seca de dos días de evolución, no productiva, no hemoptisis y fiebre de 38.9°C, niega síntomas urinarios, diarrea o algún otro dato que sugiera foco infeccioso.</p> <p>Consciente, orientada, Glasgow 15 puntos, hipoacusia, auxiliar auditivo, faringe con hiperemia, cuello sin ingurgitación yugular, precordio sin levantamientos anormales, campos pulmonares con hipoventilación bibasal sin estertores, abdomen con edema de pared con peristalsis normoactiva, blando, depresible, no doloroso, miembros pélvicos con edema derecho +++, izquierdo +++ hasta región inferior de abdomen, ingle derecha sin cambios de coloración, sin aumento de volumen asimétrico, movilidad y sensibilidad de ambos pies, pulso distal débil y palpable.</p> <p>Radiografía de tórax: derrame pleural izquierdo de aproximadamente 20%, campos pulmonares sin áreas de opacidad en topografía de parénquima pulmonar.</p> <p>Dolor inguinal con antecedente de cateterismo el 24 de noviembre de 2016 sin datos de alarma al interrogatorio o exploración física, hace más de tres semanas realizado el procedimiento sin dato alguno que sugiera complicación. No leucocitosis, se considera que la tos seca y fiebre pueden ser secundarias a infección de vía aérea superior viral. Se da tratamiento sintomático, y derrame pleural en asociación a patologías conocidas, se ajusta dosis de diurético. Valoración en Consulta Externa de cardiología en cinco días.</p>

Para el análisis de los datos se transcribió y analizó a profundidad la grabación para categorizar la información de acuerdo al modelo de Mishel (Cuadro II y Figura I). Así mismo, se identificaron 18 diagnósticos: 14 reales y cuatro de riesgo, de los cuales sólo se presentan cuatro para este estudio (Cuadro III). Para su formulación se utilizó la taxonomía de la NANDA Internacional (NANDA-I),<sup>18</sup> se plantearon los resultados esperados con base a la clasificación de Resultados de Enfermería (NOC),<sup>19</sup> y las intervenciones de acuerdo a la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC);<sup>20</sup> finalmente fueron evaluadas de acuerdo a la evolución del paciente.

Cuadro II. Categorías de la teoría de la incertidumbre.

Categoría 1. Marco de los estímulos	
• Patrón de síntomas	<i>“Pues pensé que todo esto iba a tardar mucho” “...cómo más de un mes me imaginaba” “No sé en qué momento va a cambiar lo que me está pasando...” “...me preocupaba no saber que estaba pasando y tener que dejar a mis dos peaqueños”</i>
• Familiaridad de los hechos	<i>“...no sabía que estaba pasando exactamente ni qué iba a pasar más adelante...” “Nunca había tenido ningún problema grave de salud...”</i>
• Coherencia de los hechos	<i>“...pues yo nada más pensé que era en esta parte el coágulo... cuando yo me enteré que ya iba a llegar a mis pulmones pues sí me puse a pensar más porque si yo no hubiera avisado todo esto iba a avanzar más e iba a llegar a la muerte”</i>
Categoría 2. Mecanismos proveedores de estructura	
• Autoridad con credibilidad	<i>“... las enfermeras y doctores son muy amables y me apoyan” “Pues si me sentí mal, porque pues tenía que alejarme de mi familia”</i>
• Apoyo social	<i>“Pues si me sentí un poco mal porque... tenía yo que dejar a mi familia” “...mi mamá me apoya mucho durante todo esto...”</i>
• Educación	<i>“... pues si me dijeron algo de esa enfermedad pero no entendí bien”</i>
Categoría 3. Autoevaluación de la incertidumbre	
• Oportunidad	<i>“Ahora que ya me voy pienso echarle ganas, sacarlos adelante y ver por ellos”</i>
• Peligro	No se identificaron factores de incertidumbre de peligro.

## RESULTADOS

De acuerdo a la evaluación de la escala de Mishel de incertidumbre frente a la enfermedad, se identificó que “Dalia” tuvo un alto nivel de incertidumbre con un puntaje de 90 puntos.

Todos los datos fueron recabados bajo consentimiento informado, protegiendo la vida, la salud, la privacidad y la intimidad de la participante con base en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud<sup>21</sup> y el Código de Ética para Enfermería,<sup>22</sup> evitando daños y dando prioridad a los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

### Presentación del caso:

Femenina de 20 años residente de Tulancingo-Hidalgo, madre soltera, sin actividad laboral, secundaria trunca, tiene una hija de cinco años y un bebé de 24 días de nacido, vive con sus padres y su hermana menor. Habita en la casa propiedad de sus padres, construida de paredes

de block, techo de lámina, cuenta con servicio de luz, el agua la consiguen de un pozo, cocinan con leña, cuenta con fosa séptica y la vivienda se ubica en una zona rural.

Antecedentes de infancia-adolescencia y heredofamiliares: aparentemente sanos; alergias negadas; transfusión positiva; traumatismos negados; hábitos tóxicos (tabaquismo, alcoholismo) negados. Refiere hipoacusia con predominio de lado derecho desde 2014.

Antecedentes ginecológicos: gesta dos, partos uno, aborto ninguno, cesárea en 2011 por desproporción céfalo-pélvica. Puerperio fisiológico: fecha de parto 30 de octubre de 2016, colocación de implante subdérmico con levonorgestrel el 01 de noviembre de 2016.

El padecimiento actual inició el día 20 de noviembre de 2016 con cuadro caracterizado por edema progresivo de miembro pélvico derecho, acompañado de dolor, limitación para la deambulaci3n y cambio de coloraci3n, posteriormente present3 el mismo sintomatologí en miembro pélvico izquierdo, motivo por el cual acude a valoraci3n al Hospital de Actopan; de donde es referida al hospital de Tulancingo para ultrasonido doppler de miembro pélvico derecho, el cual reporta trombosis venosa profunda derecha con compromiso de territorio iliaco hasta femoral superficial, obstrucci3n safeno-femoral. Se inici3 anticoagulaci3n total con heparina de bajo peso molecular y los estudios de laboratorio reportaron hemoglobina (Hb) de 6.9 g/dL, se transfundi3 un paquete globular con Hb de control de 11.4 g/dL, sin datos de sangrado gastrointestinal o genitourinario. Posteriormente durante la hospitalizaci3n inici3 con taquicardia, desaturaci3n y dímero D en 6293 ng/ml, motivo por el cual fue referida a un instituto de tercer nivel para valoraci3n (Figura II).

Figura I. Adaptaci3n del modelo de incertidumbre percibida frente a la enfermedad. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 2003.10

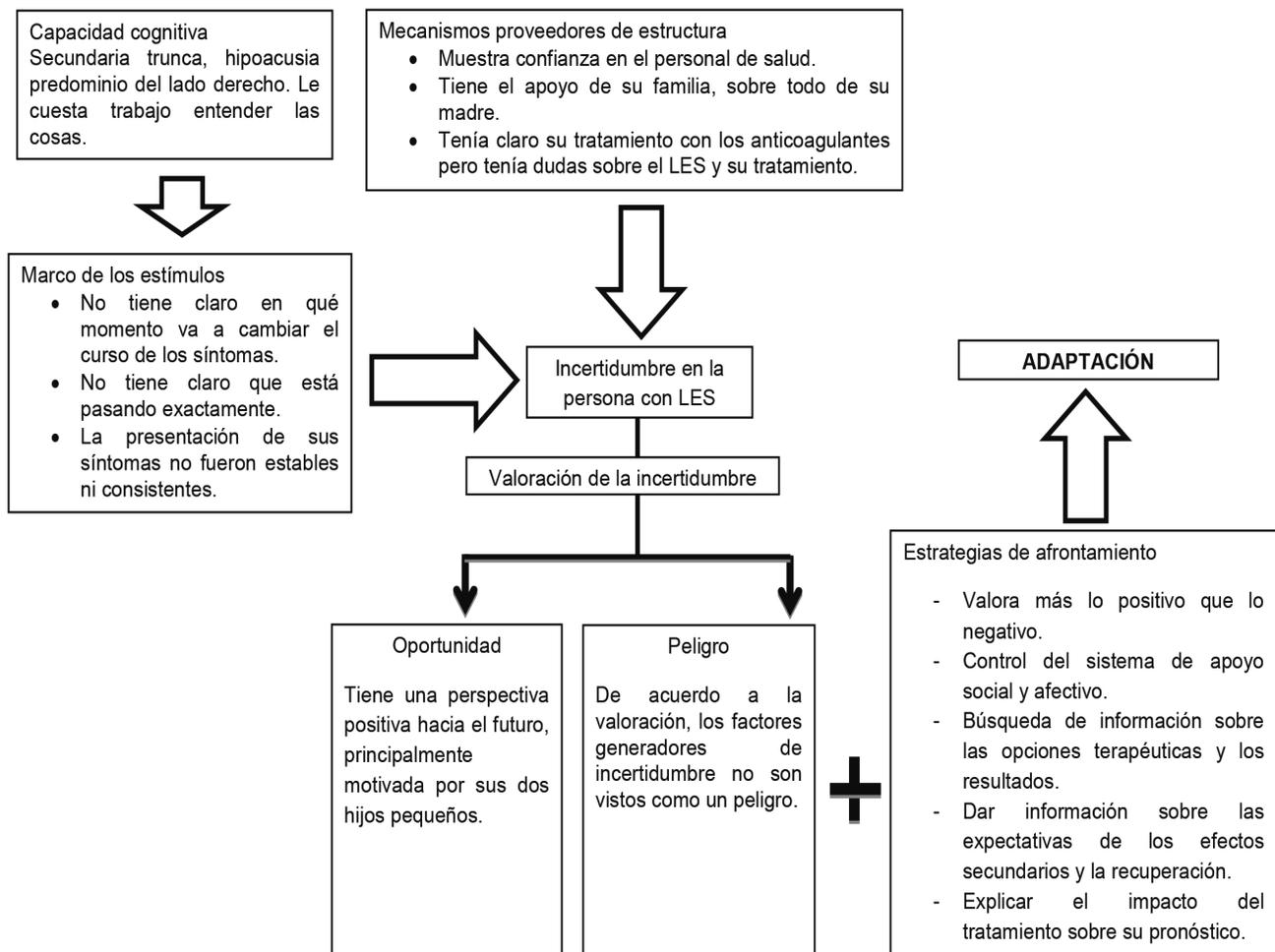
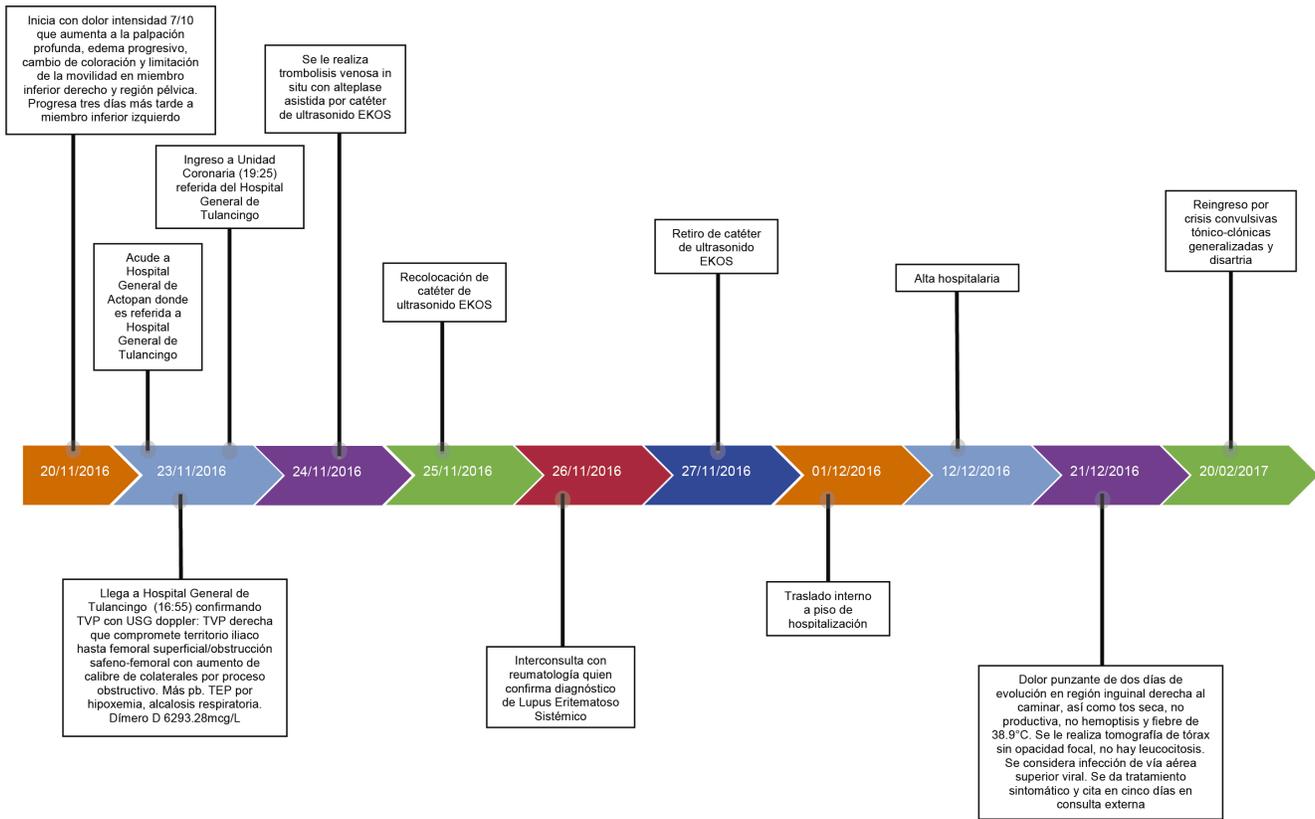


Figura II. Línea del tiempo del estudio de caso.



Cuadro III. Diagnósticos, intervenciones y evaluación de los cuidados de enfermería.

Diagnóstico:		Afrontamiento inefectivo relacionado con incertidumbre manifestado por dificultad para organizar la información e incapacidad para atender a la información proporcionada por el equipo de salud.				
Resultados (NOC)	Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Intervenciones (NIC)	Puntuación final	Evaluación
Afrontamiento de problemas 1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Verbaliza aceptación de la situación	2	4	<i>Apoyo emocional</i> -Comentar la experiencia emocional con la paciente. -Ayudarla a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza. -Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. -Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. <i>Aumentar el afrontamiento.</i> -Valorar su comprensión del proceso de enfermedad. -Valorar el impacto de la situación vital en los papeles y relaciones. -Ayudarla a identificar sistemas de apoyo disponibles. -Proporcionarle información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. -Ayudarla a identificar respuestas positivas respecto de sí mismo.	4	Reconoció su estado de salud mediante la explicación de su situación de enfermedad, así mismo fue capaz de expresar sus sentimientos, emociones y miedos; mostró esperanza y entusiasmo hacia el futuro.
	Busca información acreditada sobre el diagnóstico	1	4		4	
	Busca información acreditada sobre el tratamiento	2	4		4	
	Obtiene ayuda de un profesional sanitario	3	5		5	
Aceptación: estado de salud	Reconoce la realidad de la situación de salud	2	4	-Valorar su comprensión del proceso de enfermedad. -Valorar el impacto de la situación vital en los papeles y relaciones.	4	
	Se adapta al cambio en el estado de salud	3	5	-Ayudarla a identificar sistemas de apoyo disponibles.	4	
	Afrontamiento de la situación de salud	3	4	-Proporcionarle información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.	4	
Calidad de vida 1 No del todo satisfecho 2 Algo satisfecho 3 Moderadamente satisfecho 4 Muy satisfecho 5 Completamente satisfecho	Satisfacción con el estado de salud	2	4		4	
	Satisfacción con el concepto de sí mismo	2	4		4	

Cuadro III. Diagnósticos, intervenciones y evaluación de los cuidados de enfermería.

Afrontamiento inefectivo relacionado con incertidumbre manifestado por dificultad para organizar la información e incapacidad para atender a la información proporcionada por el equipo de salud.							
Diagnóstico:	Indicadores		Puntuación inicial	Puntuación diana	Intervenciones (NIC)	Puntuación final	Evaluación
Afrontamiento de problemas 1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Verbaliza aceptación de la situación		2	4	<i>Apoyo emocional</i> -Comentar la experiencia emocional con la paciente. -Ayudarla a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza. -Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. -Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. <i>Aumentar el afrontamiento.</i> -Valorar su comprensión del proceso de enfermedad. -Valorar el impacto de la situación vital en los papeles y relaciones. -Ayudarla a identificar sistemas de apoyo disponibles. -Proporcionarle información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. -Ayudarla a identificar respuestas positivas respecto de sí mismo.	4	Reconoció su estado de salud mediante la explicación de su situación de enfermedad, así mismo fue capaz de expresar sus sentimientos, emociones y miedos; mostró esperanza y entusiasmo hacia el futuro.
	Busca información acreditada sobre el diagnóstico		1	4		4	
	Busca información acreditada sobre el tratamiento		2	4		4	
	Obtiene ayuda de un profesional sanitario		3	5		5	
Aceptación: estado de salud	Reconoce la realidad de la situación de salud		2	4	-Valorar su comprensión del proceso de enfermedad. -Valorar el impacto de la situación vital en los papeles y relaciones. -Ayudarla a identificar sistemas de apoyo disponibles. -Proporcionarle información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. -Ayudarla a identificar respuestas positivas respecto de sí mismo.	4	Reconoció su estado de salud mediante la explicación de su situación de enfermedad, así mismo fue capaz de expresar sus sentimientos, emociones y miedos; mostró esperanza y entusiasmo hacia el futuro.
	Se adapta al cambio en el estado de salud		3	5		4	
	Afrontamiento de la situación de salud		3	4		4	
Calidad de vida 1 No del todo satisfecho 2 Algo satisfecho 3 Moderadamente satisfecho 4 Muy satisfecho 5 Completamente satisfecho	Satisfacción con el estado de salud		2	4	-Ayudarla a identificar respuestas positivas respecto de sí mismo.	4	Reconoció su estado de salud mediante la explicación de su situación de enfermedad, así mismo fue capaz de expresar sus sentimientos, emociones y miedos; mostró esperanza y entusiasmo hacia el futuro.
	Satisfacción con el concepto de sí mismo		2	4		4	

Interrupción de los procesos familiares relacionado con cambios en el estado de la salud de un miembro de la familia manifestado por cambios en la dinámica familiar y expresión verbal.							
Diagnóstico:	Indicadores		Puntuación inicial	Puntuación diana	Intervenciones (NIC)	Puntuación final	Evaluación
Apoyo familiar durante el tratamiento 1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Los familiares mantienen la comunicación con el miembro enfermo		3	4	<i>Apoyo a la familia</i> -Proporcionar el conocimiento necesario de las opciones que les pueden ayudar en la toma de decisiones sobre los cuidados. <i>Estimulación de la integridad familiar</i> -Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia. -Disponer intimidad para la familia. <i>Fomentar la normalización familiar</i> -Animar a la familia a mantener los hábitos, rituales y rutinas. <i>Mantenimiento en procesos familiares</i> -Estimular las visitas de miembros de la familia. -Facilitar la flexibilidad de las visitas para cumplir con las necesidades de los miembros de la familia y el paciente. -Ayudar a los miembros de la familia a buscar a alguien que cuide del niño cuando uno de los padres debe estar ausente.	4	Los familiares estuvieron con "Dalia" durante su estancia, además la madre se hizo cargo del hijo lo que tranquilizaba la situación de hospitalización de la paciente. Asimismo "Dalia" desarrolló un comportamiento adecuado del rol.
	Los familiares proporcionan contacto reconfortante al miembro enfermo		4	5		4	
Normalización de la familia	Adaptan las rutinas familiares para satisfacer las necesidades del miembro afectado		3	4	-Disponer intimidad para la familia. <i>Fomentar la normalización familiar</i> -Animar a la familia a mantener los hábitos, rituales y rutinas.	4	Los familiares estuvieron con "Dalia" durante su estancia, además la madre se hizo cargo del hijo lo que tranquilizaba la situación de hospitalización de la paciente. Asimismo "Dalia" desarrolló un comportamiento adecuado del rol.
Desempeño del rol 1 Inadecuado 2 Ligeramente adecuado 3 Moderadamente adecuado 4 Sustancialmente adecuado 5 Completamente adecuado	Descripción de los cambios de rol con la enfermedad o incapacidad		2	4	-Facilitar la flexibilidad de las visitas para cumplir con las necesidades de los miembros de la familia y el paciente. -Ayudar a los miembros de la familia a buscar a alguien que cuide del niño cuando uno de los padres debe estar ausente.	3	
	Desempeño de las expectativas del rol		2	4	-Facilitar la flexibilidad de las visitas para cumplir con las necesidades de los miembros de la familia y el paciente.	3	
	Desempeño de las conductas del rol parental		1	4	-Ayudar a los miembros de la familia a buscar a alguien que cuide del niño cuando uno de los padres debe estar ausente.	3	
Modificación psicosocial: cambio de vida 1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Expresiones de optimismo sobre el futuro		4	5	<i>Potenciación de roles</i> -Ayudarla a identificar los roles habituales en la familia.	5	Los familiares estuvieron con "Dalia" durante su estancia, además la madre se hizo cargo del hijo lo que tranquilizaba la situación de hospitalización de la paciente. Asimismo "Dalia" desarrolló un comportamiento adecuado del rol.
	Expresiones de apoyo social adecuado		2	4	-Ayudarla a identificar los cambios de roles específicos necesarios debido a enfermedades o discapacidades.	4	
	Uso de estrategias de superación efectivas		3	5	-Ayudarla a identificar los cambios de roles específicos necesarios debido a enfermedades o discapacidades.	4	

## DISCUSIÓN

Los niveles de incertidumbre generados por “Dalia” eran principalmente a causa de la falta de conocimientos que tenía sobre su enfermedad de LES. Esto puede deberse a la falta de un cuidado de salud cohesivo, a una mala comunicación entre los proveedores de atención médica y los pacientes, o a una falta de comprensión de la naturaleza del LES y su impacto biopsicosocial por parte de los proveedores de salud, así como de los familiares de los pacientes.<sup>23</sup> El profesional de enfermería puede ayudar a la disminución de estos niveles en la medida en que provea toda la información necesaria para el paciente sobre su estado de salud, ya que el conocer y comprender el entorno y contexto en el que está evolucionando le ayudará a poner en marcha mecanismos individuales de afrontamiento,<sup>24</sup> para tal fin se pueden utilizar estrategias educativas didácticas y tecnológicas personalizadas como medios digitales, carteles con imágenes, folletos y pláticas.

En los últimos días antes de su alta hospitalaria, “Dalia”, a pesar de su estado de salud y su sintomatología tan impredecible, presentaba buen estado de ánimo mostrándose incluso con alegría, esperanza hacia el futuro y amor por su familia. Las emociones positivas favorecen la percepción de una buena calidad de vida relacionada con la salud al propiciarle al paciente con LES un estado de satisfacción consigo mismo y al repercutir en el auto-control emocional para afrontar las complicaciones de la enfermedad y lograr, así, una mejor adaptación.<sup>8,25</sup>

La asistencia y participación que tuvieron los miembros de la familia durante su estancia hospitalaria ayudaron a mitigar su estado de ansiedad e incertidumbre. Por lo tanto, el apoyo de las redes sociales es importante pues tiene un efecto positivo para la disminución del nivel de incertidumbre,<sup>26</sup> la necesidad de sentirse entendida en su enfermedad y sentirse parte de una comunidad como un igual a pesar de tener una enfermedad crónica, debe ser un punto que los profesionales de la salud deben examinar en su total dimensión.<sup>27</sup> En la práctica, el profesional de enfermería debe considerar la problemática de salud dentro del contexto familiar pues la adaptación de sus miembros y sobre todo del paciente a esta situación se ve influenciada por la modificación de sus costumbres y roles familiares<sup>28</sup>.

Una situación de incertidumbre puede ser generadora de ansiedad por la elevada demanda del ambiente y puede limitar la capacidad de afrontamiento del individuo<sup>24</sup> es necesario tener en cuenta este tipo de situación para mejorar la práctica y tener la posibilidad de otorgar un cuidado holístico, comprendiendo e incluyendo la perspectiva de la persona que vive con LES.<sup>27</sup> El optimismo como una estrategia de afrontamiento se ha asociado con una mejor salud física y un enfrentamiento más exitoso a los desafíos de la vida, de modo que los problemas físicos y/o emocionales no interfieran en su funcionamiento social habitual.<sup>8</sup> En este caso, se pudo observar que “Dalia” mantuvo un enfoque optimista mediante intervenciones

como el control del sistema de apoyo, proporcionando información adecuada, consistente y soporte emocional, lo que le ayudó a lograr un estado de adaptación más fácil y rápido.

## CONCLUSIÓN

La aplicación del modelo teórico de Mishel permitió desarrollar de manera adecuada el proceso de atención de enfermería a una persona adulta joven con una enfermedad crónica como el LES. Las intervenciones de enfermería brindadas permitieron otorgar, específicamente en este caso a “Dalia”, cuidados que modificaron su nivel de incertidumbre, ayudándole a asimilar el proceso e implicaciones acerca de su enfermedad y mostrando disposición para mejorar su estado de salud; de esta forma generó estrategias de adaptación para mejorar su calidad de vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. [Tsokos GC. Systemic Lupus Erythematosus. N Engl J Med \[Internet\]. 2011 Dec \[citado 27 de Abril de 2017\]; 365: 2110-21. Disponible en: <https://goo.gl/4KQYCO>.](#)
2. [Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de Lupus Eritematoso Mucocutáneo. México: Secretaría de Salud; 2011. Disponible en: <https://goo.gl/bxz86h>.](#)
3. [Lazaro E, Richez C, Seneschal J. Lupus eritematoso sistémico. EMC-Aparto locomotor \[Internet\]. 2015 Mar \[citado 27 de Abril de 2017\]; 48\(1\): 1-17. Disponible en: <https://goo.gl/Vqj9uW>](#)
4. [Alonso MD, Llorca J, Martinez-Vazquez F, Gonzalez-Gay M. Systemic Lupus Erythematosus in Northwestern Spain: a 20-year Epidemiologic Study. Medicine \[Internet\]. 2011 Aug \[citado 27 de Abril de 2017\]; 90\(5\): 350-8. Disponible en: <https://goo.gl/9dwvDb>](#)
5. [Benseler SM, Silverman ED. Systemic lupus erythematosus. Rheum Dis Clin North Am \[Internet\]. 2007 Aug \[citado 27 de Abril de 2017\]; 33\(3\): 471-98. Disponible en: <https://goo.gl/yXbnPR>](#)
6. [Gómez-Puerta JA, Cervera R. Lupus eritematoso sistémico. Medicina & Laboratorio \[Internet\]. 2008 \[citado 27 de Abril de 2017\]; 14\(5-6\): 211-23. Disponible en: <https://goo.gl/olyNmN>.](#)
7. [Klein R, Moghadam-Kia S, Taylor L, Coley C, Okawa J, LoMonico J, et al. Quality of life in cutaneous lupus erythematosus. J Am Acad Dermatol \[Internet\]. 2011 May \[citado 27 de Abril de 2017\]; 64\(5\): 849-58. Disponible en: <https://goo.gl/EuVeJw>](#)

8. [Pérez MYE, Otero RI. Calidad de vida, ansiedad, depresión y optimismo disposición al en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Psicogente \[Internet\]. 2014 Ene-jun \[citado 27 de Abril de 2017\]; 17\(31\): 107-19. Disponible en: <https://goo.gl/rY2jci>.](#)
9. [Torres AA, Sanhueza AO. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. Cienc Enferm \[Internet\]. 2006 Jun \[citado 27 de Abril de 2017\]; 12\(1\): 9-17. Disponible en: <https://goo.gl/gzG4HT>.](#)
10. [Bailey D, Stewart J, Merle H, Mishel. Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 6a ed. España: Elsevier; 2005. p. 627-46.](#)
11. [Trejo MF. Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. Enf Neurol \(Mex\). 2012;11\(1\): 34-8.](#)
12. [Triviño MA, Solano RMC, Siles GJ. Aplicación del modelo de incertidumbre a la fibromialgia. Aten Primaria. 2016; 48\(4\): 219-25.](#)
13. [Sancho CD, Solera GS. Adaptación de la teoría de la incertidumbre de Mishel a mujeres con enfermedad coronaria. Enfermería Integral \[Internet\]. 2015 Jun \[citado 27 de Abril de 2017\]; 108: 13-7. Disponible en: <https://goo.gl/4PwMIW>](#)
14. [Gómez-Palencia IP, Castillo-Ávila IY, Alvis-Estrada LR. Incertidumbre en adultos diabéticos tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel. Aquichan. 2015 Abr; 15\(2\): 210-8.](#)
15. [Herrero-Hahn R. Cuidado de enfermería desde la teoría de la incertidumbre a una paciente con esclerosis múltiple. Enferm Comun \[Internet\]. 2015 Jul \[citado 27 de Abril de 2017\]; 11\(2\). Disponible en: <https://goo.gl/NkMGI8>](#)
16. [Achury SDM, Achury BLF. Aplicación de la teoría de la incertidumbre en el cuidado de la persona con cardiodesfibrilador implantable. Rev Mex Enferm Cardio. 2011 Oct; 19\(2\): 62-6.](#)
17. [Flórez TIE, Ruidiaz CRL, González HJ. Valoración de la incertidumbre en pacientes con cardiopatía isquémica. Actual Enferm \[Internet\]. 2014 Ago \[citado 27 de Abril de 2017\]; 17\(3\): 15-21. Disponible en: <https://goo.gl/Fp28s9>](#)
18. [Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2015-2017. 10th ed. Oxford: Wiley Blackwell; 2014.](#)
19. [Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería \(NOC\). Medición de Resultados en Salud. 5a ed. España: Elsevier; 2014.](#)
20. [McCloskey DJ, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería \(NIC\). 4ta ed. España: Elsevier; 2004.](#)
21. [Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México: Diario Oficial de la Federación; 1984 \[citado 01 de Mayo de 2017\]. Disponible en: <https://goo.gl/NQ8ji7>](#)
22. [Secretaría de Salud. Código de ética para enfermeras. México: CONAMED; 2001 \[citado 01 de Mayo de 2017\]. Disponible en: <https://goo.gl/xrj1vS>](#)
23. [Hale ED, Treharne GJ, Lyons AC, Norton Y, Mole S, Mitton DL, et al. "Joiningthedots" forpatientswithsystemic lupus erythematosus: personal perspectives of health care from a qualitative study. Ann Rheum Dis. 2006 May; 65\(5\):585-9.](#)
24. [Torrents R, Ricart M, Ferreiro M, López A, Renedo L, Lleixà M, et al. Ansiedad en los cuidados. Una mirada desde el modelo de Mishel. Index Enferm \[Internet\]. 2013 Jun \[citado 01 de Mayo de 2017\]; 22\(1-2\): 60-4. Disponible en: <https://goo.gl/SG4Vml>](#)
25. [Porter NM. Programa Latido de Vida, para potenciar el sentido de vida de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico \[Tesis de Licenciatura\]. Santa Clara \(Cuba\): Universidad Central de Las Villas; 2006.](#)
26. [Vega AOM, González EDS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Enferm Glob \[Internet\]. 2009 Jun \[citado 01 de Mayo de 2017\]; \(16\): 1-11. Disponible en: <https://goo.gl/VeQDvj>](#)
27. [Henríquez C, Urrutia M, Rivera MS, Cazenave A. El significado de vivir con lupus. Horiz Enferm \[Internet\]. 2009 Jun \[citado 01 de Mayo de 2017\]; 20\(1\): 49-55. Disponible en: <https://goo.gl/DMXf0l>](#)
28. [Heierle VC. Salud y Cuidados en la Familia. Index Enferm \[Internet\]. 2001 \[citado 01 de Mayo de 2017\]; 34: 7-8. Disponible en: <https://goo.gl/rBxoQ2>.](#)