

ESTUDIO DE CASO DE UNA PACIENTE CON MIOPATÍA INFLAMATORIA AUTOINMUNE (POLIMIOSITIS)

CASE STUDY OF A PATIENT WITH AUTOIMMUNE INFLAMMATORY MYOPATHY (POLYMYOSITIS)

Acero Guamán Narcisca Jesús ^{1*}; Cordero Guzmán Sonia Narcisca ^{2a}; Ramírez Ramírez Susana Mercedes ^{2b}; Macancela Zhumi Celia Isabel ^{2c}; Chicaiza Guamán Diana Elizabeth ^{2d}; Velecela Bravo Ana Cristina ^{2e}

- ¹ Enfermera Líder del servicio de Terapia Intensiva del Hospital Homero Castanier Crespo(HHCC).
² Enfermera operativa del servicio de Terapia Intensiva hospital HHCC.

* narcisacero86@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8116-4143>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7420-491X>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7808-5233>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2850-1010>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5096-6159>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8046-8962>

Resumen

La polimiositis es una miopatía inflamatoria, de origen autoinmune que compromete principalmente el musculo esquelético y musculo cardiaco, constituyendo una causa frecuente de morbilidad y mortalidad en este grupo de pacientes. Es una enfermedad rara con una incidencia anual de 5-10 casos por millón, presentando los picos en la infancia (5-15 años) y en la vida adulta (30-50 años). Las mujeres se afectan más que los hombres en una proporción de 2-3 en relación a 1. La enfermedad fue descrita desde 1886 por clínicos alemanes.

El presente caso clínico se trata de una mujer de 43 años que acude por presentar edema de miembros superiores y de hemicara derecha con dolor y debilidad muscular generalizada con múltiples diagnósticos y tratamientos hace dos meses, diagnosticada de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) en el hospital de primer nivel, viene transferida a esta casa de salud "Hospital público de segundo nivel de atención en la provincia del Cañar" siendo atendida por un equipo multidisciplinario donde le diagnostican de miopatía inflamatoria autoinmune (polimiositis), brindando así una terapia de inducción a la remisión de actividad con ciclofosfamida, azatioprina y prednisona controlando la enfermedad, permanece ingresada en la Unidad de Terapia Intensiva durante 15 días

posteriormente dada el alta en mejores condiciones al servicio de Medicina Interna para continuar con su tratamiento. El personal de enfermería realizará la valoración de patrones funcionales de Marjorie Gordon, para realizar los diagnósticos en base a la taxonomía NANDA NIC NOC, aplicando un plan de cuidados individualizado priorizando las necesidades del paciente, evitando futuras complicaciones.

Palabras Clave: Lupus Eritematoso Sistémico. Enfermedad autoinmune. Polimiositis. Diagnósticos NANDA. Polimiositis y compromiso cardíaco. Edema.

Abstract

Polimiositis is an inflammatory myopathy of autoimmune origin that mainly compromises skeletal muscle and cardiac muscle, constituting a frequent cause of morbidity and mortality in this group of patients. It is a rare disease with an annual incidence of 5-10 cases per million, presenting peaks in childhood (5-15 years) and in adult life (30-50 years). Women are affected more than men in a proportion of 2-3 in relation to 1. The disease was described as early as 1886 by German clinicians. (2) The present clinical case is about a 43-year-old woman who presented with edema of the upper limbs and right side of the face with generalized muscle pain and weakness with multiple diagnoses and treatments two months ago, diagnosed with Systemic Lupus Erythematosus (SLE) in a hospital. of first level, is transferred to this health house "Public hospital of second level in the province of Cañar" being attended by the multidisciplinary team where they perform a differential diagnosis and diagnose autoimmune inflammatory myopathy (polymyositis) and obstructive cardiogenic shock due to pericardial effusion , providing activity remission induction therapy with cyclophosphamide, azathioprine and prednisone to control the disease, she remains admitted to the Intensive Care Unit for 15 days, later being discharged in better condition to the Internal Medicine service to continue with her treatment. The nursing staff will perform the assessment of functional patterns of Marjorie Gordon, to make diagnoses based on the NANDA NIC NOC taxonomy, applying an individualized care plan prioritizing the needs of the patient, avoiding future.

Key words: Systemic lupus erythematosus. Autoimmune disease. Polymyositis. NANDA Diagnostics. Polymyositis and cardiac compromise. Edema

Introducción

La polimiositis es una miopatía inflamatoria subaguda que afecta principalmente al músculo esquelético caracterizada por la debilidad simétrica de los músculos proximales edema e inflamación, entre otras manifestaciones, ya que no sigue un patrón específico de presentación. De etiología desconocida, su aparición se asocia a factores genéticos, inmunológicos o ambientales. Se presenta sobre todo en los adultos de entre 40 a 65 años, con mayor incidencia en personas de raza negra y tiene una porción de 2:1 a favor del sexo femenino. Su incidencia anual es de 10 casos por cada 1000000 de habitantes (1-3).

En el siguiente documento detallaremos un caso clínico sobre una paciente adulta de sexo femenino de 43 años de edad hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de segundo nivel, con diagnóstico de miopatía inflamatoria autoinmune (polimiositis), con sintomatología asociada a la enfermedad, aumento de enzimas musculares y cardíacas, hallazgo en el estudio histológico de necrosis extensa observada en biopsia muscular de cuádriceps, considerando un fenotipo grave en su presentación y con alto riesgo de refractariedad a uso de inmunosupresión.

Todo esto afecta el estado físico influyendo en la calidad de vida de la paciente y limitando el desarrollo de las actividades de la vida diaria, por lo que conlleva un alto grado de incapacidad.

En este trabajo se desarrollará un caso clínico de una paciente con diagnóstico miopatía inflamatoria autoinmune (polimiositis) con shock cardiogénico por derrame pericárdico, mediante la valoración de patrones funcionales de Marjori Gordon y aplicando la taxonomía NANDA NIC/NOC, para preservar la autonomía, mejorar la calidad de vida y reducir futuras complicaciones.

Se realizó una búsqueda de información sistemática y estructurada a través de diversas bases de datos, formulario de Historia Clínica Única: formulario 008, 003, 005/2008, bitácora de la Unidad de Cuidados Intensivos y de la entrevista realizada a la paciente.

El objetivo consiste en identificar los patrones funcionales que se encuentren alterados en la paciente durante su hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos, al mismo tiempo que se pudo elaborar un plan de cuidados de enfermería enfocados en la taxonomía NANDA NIC NOC en la unidad de Cuidados Intensivos.

Presentación del caso

Antecedentes

Paciente femenina de 43 años, procedente de Babahoyo y residente en la Troncal, estado civil: casada, refiere que desde hace dos meses presenta edema en hemicara derecha y dolor de miem-

bros superiores e inferiores de moderada intensidad, que se acompaña de debilidad, por lo que acude médico particular quien le diagnostica Fiebre Tifoidea, por lo que prescribe medicación que no recuerda.

Posterior a esto el cuadro se exagera con eritema en tórax anterior y posterior para lo cual médico particular prescribe loratadina de 10 miligramos una diaria.

Al no presentar mejoría la paciente acude a tercer médico particular quien luego de realizarle varios exámenes identifica que la función hepática esta alterada y diagnostica Lupus Eritematoso por lo cual le prescribe ácido fólico y omeprazol de 20 miligramos vía oral diario.

Al iniciar con la medicación prescrita presenta mialgias y acude al Hospital Básico de su localidad en el cual le realizan exámenes de laboratorios y es trasladada a esta casa de salud por el personal de ECU 911 en ambulancia, con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico y Derrame Pericárdico.

Ingresa esta casa de salud con incremento de la debilidad muscular es hospitalizada en el servicio de Medicina Interna para realizar exámenes complementarios más biopsia de musculo y establecer diagnóstico por lo que se cataloga como polimiositis en estudio, inicia corticoesteroides parenterales con azatioprina, pero cuadro no mejora; presenta dolor precordial y disnea, le realiza electro y ecocardiograma, evidencia derrame pericárdico de 12 mm ventana eje paraesternal largo aproximadamente de 300 mililitros. (derrame pericárdico que va incrementando), causando taponamiento cardiaco que lleva a shock cardiogénico, colocan catéter central para pericardiocentesis por parte de cardiología.

Tras valoración de Medico Intensivista ingresa al servicio de terapia Intensiva para manejo de Shock Cardiogénico por derrame pericárdico, con Glasgow de 15/15 puntos, consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, pupilas Isocóricas, normo reactiva, con cánula nasal con una fracción inspiratoria de Oxigeno de 28 porciento saturando sobre los 90 porciento, hipotensa (98/70) (77) milímetros de mercurio, taquicárdica (119) latidos por minuto, bradipnéica (17) respiraciones por minuto, Hiperglicemia (136) miligramos/decilitro, Eutérmica (35.8) grados centígrados, llenado capilar de 3 segundos.

En el servicio de terapia intensiva a la valoración física presenta, apariencia general de la piel regular, piel caliente, turgente, mucosas orales secas, tórax simétrico normo expansible, con murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, corazón ruidos cardiacos 1 y 2 sincrónicos al pulso, con catéter de pericardiocentesis por el cual se drena 420 mililitros de líquido seroso, se envía una muestra de 40 mililitros para cultivo; abdomen globuloso, depresible, sin visceromegalias, ruidos hidroaéreos presentes, miembros superiores con tono y fuerza 2/5 y miembros inferiores con 3/5 según la escala de Daniels, extremidades Inferiores con edema que deja fóvea, se observa puntos de sutura de biopsia anterior en miembro inferior derecho. Genitales con sonda Foley, orina de características claras, zona dorso lumbares integra.

Información de exámenes complementarios realizados

Examen de biometría

	INGRESO	EGRESO	UNIDADES	REFERENCIA
Leucocitos	17.81	5.33	103/ul	4.00-10.00
Segmentados	81.30	73.1	%	50.0-70.0
Linfocitos	11.50	15.90	%	20.0-40.0
Hemoglobina	12.70	11.20	g/dl	11.50-16.00
Hematocrito	38	36	%	35.0-47.0
Plaquetas	300.00	603.00	103/ul	150.00-400.00
TP	13-100	11.2	%	15-15
TPT	32	30		20.040.0
INR	1.08	1.06		Hasta 1.30
Bioquímica sanguínea:				
Sodio	144	141	mEq/L	136-145
Potasio	3.8	3.8	mEq/L	3.5-5.3
Cloro	108	108	mEq/L	98-107
TGP/ALAT	347.9	175	U/L	menor a 40.0
TGO/ASAT	291.3	185	U/L	menor a 40.0
LDH	747	528	U/L	207-414
Glucosa	93.6	81	mg/dl	70-105
Urea	50	44	mg/dl	15-45
Creatinina	0.38	0.74	mg/dl	0.50-0.90
Proteínas totales	5.71	5.10	g/dl	6.10-7.90
Albumina	3.07	2.6	g/dl	3.5- 4.8
Bilirrubina total	0.48	0.14	mg/dl	Menor 1.0

Fuente: Historia Clínica Formulario 011

Conclusión: en la biometría hemática se puede evidenciar leucocitosis, linfopenia, con elevación de segmentados, relacionados al proceso de miopatía inflamatoria. Conservando hemoglobina, y tiempos de coagulación dentro de parámetros normales. En la química sanguínea el perfil lipídico elevado por alteraciones en la función hepática. Función renal alterada con elevación de urea y albumina.

Serología:

PCR-US 11.4 mg/dl (menos de 0.5)

Conclusión: la proteína C reactiva (PCR) en la sangre elevada responde como un signo del trastorno autoinmune grave.

Autoinmunidad:

ANAS positivo

ANCAS ANTIC ANTICITOPLASMA NEUTROFILOS negativo.

Conclusión: la presencia de autoanticuerpos o ANAS indica una enfermedad autoinmunitaria.

Inmunología:

SS-A- Ro60kD 3.50 UI/ml

SS-A-Ro52KD 5.80 UI/ml

Conclusión: La presencia de autoanticuerpos anti-SS-A (RO) se asocia a trastornos cutáneos, pueden también tener un papel protector contra las respuestas autoinmunes. Junto con datos clínicos y estudio histológico ayuda a realizar un diagnóstico más preciso (4).

Hormonas:

Troponina T 3359.0 pg./ml (12.7-24.9)

CK-MB 438.9 ng/ml (menos 25U/L)

TSH 6.34 μ UI/ml (0.27-4.20)

LDH 747 U/L (207-414)

Conclusión:

Hay elevación de las enzimas musculares cardíacas, troponinas, CK-MB evidenciando daño del músculo cardíaco.

La prueba de lactato deshidrogenasa (LDH) por encima de lo normal por la lesión muscular.

Marcadores tumorales:

Negativos.

Marcadores cardiovasculares: CPK Creatin Fosfo Quinasa 13476.00 (20.00-180.00)

Conclusión:

Creatina Cinasa: esta enzima ha sido la prueba de laboratorio más importante para el diagnóstico y manejo de los pacientes adultos con miositis. La elevación de enzimas musculares refleja la presencia de daño muscular y ayuda a diferenciar estas miopatías con otras enfermedades musculares, como las atrofas o las miopatías secundarias al uso de esteroides. (5)

Ecografía abdominal: estudio de vesícula: litiasis más quiste de cístico. No dilatación de vías biliares intra ni extrahepáticas. Páncreas normal. Hígado normal. Derrame pericárdico.

Anatomía patológica biopsia muscular:

Los cortes histológicos muestran músculo estriado con intenso infiltrado mononuclear compuesto por linfocitos que se disponen a nivel perimisial y endomisial. Acompaña fibras con cambios basófilos y núcleos aumentados de tamaño con núcleos prominentes compatibles con cambios regenerativos presencia de fibras necróticas y focos de hemorragia reciente.

Hallazgos histopatológicos compatibles con una miopatía inflamatoria.

Se sugiere estrecha correlación con antecedentes, datos clínicos, laboratorio y demás estudios del paciente.

Ecocardiograma transtorácico:

Cavidades cardiacas dentro de parámetros normales. Motilidad global y regional del ventrículo izquierdo en reposo normal. Morfología y función de las válvulas cardiacas normales. Aorta trivalva. Insuficiencia tricúspide funcional nos da una presión sistólica de arteria pulmonar 28mmhg. Flujo transmitral patrón normal. No se evidencia la presencia de trombos ni vegetaciones en cavidades cardiacas. Derrame pericárdico 12mm ventana eje paraesternal largo aproximadamente 300 mililitros.

Cultivo de líquido pericárdico: negativo

Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

Por medio de la valoración, antecedentes, datos clínicos, laboratorio, examen físico y demás estudios de la paciente se estable los siguientes diagnósticos:

- **Diagnostico Presuntivo:** Lupus eritematosos sistémico.
- **Diagnóstico diferencial:** Lupus eritematosos sistémico vs miopatía inflamatoria autoinmune (polimiositis).
- **Diagnóstico Definitivo:** miopatía inflamatoria autoinmune (polimiositis).

Antecedentes personales patológicos:

- Tendinoplastia de mano derecha hace 5 meses
- Lupus Eritematoso sistémico hace una semana.

Alergias:

No refiere

Antecedentes familiares patológicos:

Madre hipertensa en tratamiento con Losartan 50 miligramos diarios.

Tratamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos:

- Lactato de Ringer 1000 mililitros venos a 40 mililitros hora.
- Norepinefrina 8 miligramos en 92 mililitros de dextrosa al 5% en agua infusión a dosis respuesta. Inicia con una infusión de 5 mililitros hora.
- Piperacilina-Tazobactan 4.5 gramos vía venosa cada 6 horas.
- Aciclovir 800 miligramos vía oral cada 8 horas.
- Azatioprina 50miligramos vía oral cada 12 horas.
- Prednisona 60 miligramos vía oral cada 24 horas.
- Sucralfato 10 miligramos vía oral cada día.
- Ibuprofeno 400 miligramos vía oral cada 8 horas.
- Furosemida 10 miligramos venosa cada 12 horas.
- Omeprazol 40 miligramos vía venosa cada día.
- Enoxaparina 40 miligramos vía subcutánea cada día.
- Metamizol 1 gramo vía venosa por necesidad.
- Metoclopramida 10 miligramos vía venosa cada 8 horas.

El primer día en UCI se realiza una sección de Quimioterapia con la siguiente indicación del Reumatólogo.

PREMEDICACION:

1. 30 minutos antes de la administración Ciclofosfamida.
 - Ondasetron 8 miligramos en 20 mililitros de solución salina 0.9% infundir intravenoso en 10 minutos.
2. En 15 minutos antes de administrar Ciclofosfamida.
 - Mesna 200 miligramos en 100 mililitros de solución salina 0.9% infundir intravenoso en 15 minutos.

TERAPIA ESPECÍFICA:

3. Ciclofosfamida 1 gramo en 200 mililitros de solución salina al 0.9% infundir intravenoso en una hora.

POSTQUIMIOTERAPIA

4. En 4 horas después, Mesna 200 miligramos en 100 mililitros de solución salina 0.9% infundir intravenoso en 15 minutos.
5. En 6 horas después, Ondasetron 8 miligramos en 20 mililitros de solución salina 0.9% infundir intravenoso en 10 minutos.

En el séptimo día posterior a la terapia de inducción a la remisión de actividad con Ciclofosfamida parenteral, manteniéndose con azatioprina 50 miligramos vía oral cada 12 horas y prednisona 60 miligramos vía oral cada día; se reporta Leucopenia de 3800 103/ul que coincide con el pico de acción de Citotóxico.

Permanece hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos durante 15 días en mejores condiciones es trasladada al servicio de Medicina Interna para continuar con tratamiento.

VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE MARJORY GORDÓN

Signos vitales:

Presión arterial: 90/50 milímetros de mercurio

Temperatura: 38.5 grados centígrados.

Frecuencia cardiaca: 110 latidos por minuto

Frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minuto

Glicemia capilar: 130 miligramos por decilitro

Peso: 61 kilogramos

Talla: 1.51 centímetros

Índice de masa corporal: 20.1

Patrón 1: Percepción y manejo de la salud.

Paciente en unión de hecho tiene 4 hijos, anteriormente laboraba como ama de casa al momento de la valoración consciente, orientada en tiempo espacio y persona, colaboradora y comunicativa, la mayor parte de tiempo se siente ansiosa, valora su salud como mala, ya que sabe que su enfermedad es degenerativa cuenta con 2 dosis de vacunas para Covid Sinovac, no fuma, consume alcohol ocasionalmente.

Patrón 2: Nutrición Metabólico.

Paciente presenta piel caliente, pálida, cabello desprendible a la tracción y faneras en buen estado general, índice de masa corporal normal, normo glicémica, hipertérmica, electrolitos dentro de parámetros normales; con problemas en la deglución y digestión; se administra su dieta vía oral la cual no tolera presentando náuseas que llegan a vomito, las náuseas se exacerban posterior a la administración de Ciclofosfamida con la necesidad de doble dosis de antiemético.

Patrón 3: Eliminación.

Paciente con una deposición al día tipo 4 según la escala de Bristol; lisa y blanda, zona genital con sonda Foley con orina de características claras con un gasto urinario de 0.9 mililitros/kilo/hora.

Patrón 4: Actividad / ejercicio

Paciente con signos vitales variables, presenta: hipotensión, bradipnea, taquicárdica, hiperglicemia, disnea por lo cual se mantiene con oxígeno por cánula nasal con una fracción inspiratoria de oxígeno 28%, dolor pericárdico en una escala de EVA de 7/10, miembros superiores con tono y fuerza 2/5 e inferiores con tono y fuerza 3/5 según escala de Daniels no deambula, presenta edema de miembros inferiores grado xx / xxx; y dolor 7/10 según escala de EVA; manteniéndose con droga vasoactiva consiguiendo un destete total en el transcurso de su estancia en el servicio.

Patrón 5: Descanso/ Sueño

Presenta dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad, por el ruido (alarmas de monitores e iluminación) en el servicio; disminución de la capacidad de funcionamiento motriz.

Patrón 6: Cognitivo/ Perceptivo

Paciente consciente, orientada en tiempo espacio y persona, instrucción básica, con miedo a la muerte por la gravedad de su enfermedad.

Presenta alteraciones perceptivas al tacto por el edema y fóvea, dolor precordial y en miembros inferiores con escala de EVA 7/10.

Patrón 7: Autoperceptivo/ autoconcepto:

Paciente nerviosa, ansiosa, decaída y triste, mantiene contacto ocular con expresiones auto negativas y desesperanza; voz comprensible; refiera que cuenta con animales domésticos (perro) de compañía.

Patrón 8: Rol / Relaciones

Paciente en unión de hecho, vive con su familia e hijos con buena relación familiar, anteriormente

trabaja como ama de casa por lo cual aportaba económicamente en su hogar ahora presenta sentimientos de soledad porque se mantiene aislada en el Área de Cuidados Intensivos.

Patrón 9: Sexualidad/ reproducción.

Paciente múltipara en periodo reproductivo sin uso de métodos anticonceptivos ciclos menstruales normales, hace 2 años papanicolaou con resultado que no conoce y hace 5 años mamografía por campaña de prevención de cáncer de mama.

Patrón 10: Adaptación / tolerancia al estrés.

Paciente con apoyo familiar de sus hijos y esposo, soluciona sus problemas y pide ayuda cuando la necesita.

Patrón 11: Valores / creencias

Paciente católica refiere que su fe en Dios la va a ayudar a enfrentar y superar su enfermedad; aunque presenta preocupación por el sentido de la vida, la muerte, sufrimiento, dolor y enfermedad.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA RELACION NANDA NOC/NIC

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA						
DOMINIO		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
CLASE	06 Termorregulación.	RESULTADOS	INDICADORES	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACION DIANA	
CÓDIGO DE DIAGNOSTICO 00007					MANTENER	AUMENTAR
HIPERTERMIA DEFINICIÓN Elevación de la temperatura corporal por encima del rango normal.		TERMOREGULACION 0800 Definición: Equilibrio entre la producción, ganancia y la pérdida de calor.	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura cutánea aumentada (80001) • Dolor muscular (80004) • Comodidad térmica referida (800015) • Deshidratación (80014) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometida 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 	2	5
FORMULACION DEL DIAGNOSTICO NANDA Hipertermia r/c enfermedad m/p aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal, calor al tacto, rubor y taquicardia.		DOMINIO:	II Salud Fisiológica			
		CLASE:	Regulación metabólica (1)			
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)						
CAMPO: Fisiológico/ Complejo		CLASE: M termorregulación		CAMPO: 02 Fisiológico Complejo		CLASE: M Termorregulación
Regulación de la temperatura (3900)		Definición: Consecución y mantenimiento de una temperatura corporal dentro del margen normal.		Tratamiento de la Fiebre (3740)		Definición: Tratamiento de los síntomas y afecciones relacionadas con un aumento de la temperatura corporal causado por pirógenos endógenos.
INTERVENCIONES				INTERVENCIONES		
ACTIVIDADES DEPENDIENTES	ACTIVIDADES INDEPENDIENTES	ACTIVIDADES DEPENDIENTES	ACTIVIDADES INDEPENDIENTES	ACTIVIDADES DEPENDIENTES	ACTIVIDADES INDEPENDIENTES	ACTIVIDADES INDEPENDIENTES
390022 Administrar medicación antipirética.	390001 comprobar la temperatura al menos cada 2 horas.	374012 Controlar la presencia de complicaciones relacionadas con la fiebre y de signo y síntomas de la afección causante de la fiebre. (Cardiacos y celulares anómalas.)	374003 Controlar las entradas y salidas, prestando atención a los cambios de las pérdidas insensibles de líquidos.	374001 controlar la temperatura y otros signos vitales	374002 Observar el color y la temperatura de la piel.	374006 Cubrir al paciente con una manta o con ropa ligera, dependiendo de la fase de la fiebre (ofrecer una manta cálida para la fase de escalofríos y ropa de cama ligera para las fases de la fiebre y defervescencia)
390007 Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada	390004 Controlar la presión arterial, el pulso y la respiración según corresponda.	374004 Administrar medicamentos o líquidos intravenosos (antipiréticos, antibióticos y agentes anti escalofríos)	374010 Aplicar un baño tibio con esponja con cuidado (administrar a los pacientes con fiebre muy alta, pero no durante la fase de defervescencia y evitar que los pacientes tengan frío)			
	390005 Observar el color y la temperatura de la piel.					
	390019 Utilizar mantas de agua circulante, baños tibios, compresas de hielo.					
	390021 Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.					374015 Humedecer los labios y la mucosa nasal.
Evaluación: Tras intervención y cuidados de enfermería se logra controlar y mantener la temperatura dentro de los rangos normales, posterior al alta se recomienda seguir el tratamiento terapéutico indicado.						

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA						
DOMINIO		CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
CLASE	09 Afrontamiento / tolerancia al estrés.	RESULTADOS	INDICADORES	ESCALAS DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	
	02 Respuestas de afrontamiento				MANTENER	AUMENTAR
CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO						
00147						
ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DEFINICIÓN Sensación vaga e intranquilizante de malestar o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada para la propia existencia		Nivel de ansiedad 1211 Definición: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.	<ul style="list-style-type: none"> Desasosiego (121101) Manos húmedas (121103) Aumento de la velocidad del pulso (121120) 	<ol style="list-style-type: none"> Grave Sustancial Moderado Leve Ninguno 	2	4
FORMULACION DEL DIAGNOSTICO NANDA Ansiedad ante la muerte r/c incertidumbre con el pronóstico m/p tristeza profunda.		DOMINIO:	III Salud Psicosocial			
		CLASE:	Bienestar psicosocial (M)			
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES (NIC)						
CAMPO: 3 Conductual		CLASE: T Fomento de la comodidad psicológica		CAMPO: 06 Sistema sanitario		CLASE: Y Mediación del Sistema Sanitario
Disminución de la Ansiedad (5820)		Definición: Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.		Facilitar Visitas (7560)		Definición: Estimulación de las visitas beneficiosas por parte de la familia y amigos.
INTERVENCIONES			INTERVENCIONES			
ACTIVIDADES DEPENDIENTES	ACTIVIDADES INDEPENDIENTES	ACTIVIDADES DEPENDIENTES	ACTIVIDADES INDEPENDIENTES	ACTIVIDADES DEPENDIENTES	ACTIVIDADES INDEPENDIENTES	ACTIVIDADES INDEPENDIENTES
	582025 Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.	756034 Facilitar el encuentro / consulta con el médico y familiares.		756003 Determinar la necesidad de favorecer las visitas de familiares.		
	582006 Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.	756028 Informar a la familia de que un cuidador los llamara a casa si se produce un cambio importante en el estado del paciente.		756011 Establecer responsabilidades y actividades de la familia para ayudar al paciente como por ejemplo alimentarse.		
	582003 Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibilidades sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.	756010 Comentar la comprensión por parte de la familia del estado del paciente.		756021 Observar los indicios verbales y no verbales del paciente respecto a las visitas.		
	582012 Escuchar con atención.			756032 Responder a las preguntas y dar explicaciones de los cuidados en términos que los visitantes puedan entender.		
	582009 Administrar masajes en la espalda / cuello según corresponda.					
Evaluación Mediante los cuidados establecidos por el personal de enfermería se brindó un ambiente de paz y tranquilidad para satisfacción y bienestar de la paciente, permitiendo el acompañamiento de su familia en el área, en el horario de visitas, se responde sus dudas acerca su enfermedad y tratamiento, por lo que la paciente se encuentra tranquila.						

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA						
DOMINIO		CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
CLASE	04 Actividad y Reposo	RESULTADOS	INDICADORES	ESCALAS DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	
	02 Actividad y Ejercicio				MANTENER	AUMENTAR
CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO						
00085						
DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA DEFINICIÓN Limitación del movimiento físico independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades.		Movilidad 0208 Definición: Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda.	<ul style="list-style-type: none"> Se mueve con facilidad (20814) Ambulación (20806) Movimiento muscular (20803) 	<ol style="list-style-type: none"> Gravemente comprometido Sustancialmente comprometido Moderadamente comprometido Levemente comprometido No comprometido 	1	4
FORMULACION DEL DIAGNOSTICO NANDA Deterioro de la movilidad física r/c deterioro musculo esquelético m/p entecimiento del movimiento, limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas y gruesas.		DOMINIO:	I Salud Funcional			
		CLASE:	Movilidad (C)			
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES (NIC)						
CAMPO: 01 Fisiológico Básico		CLASE: C control de Inmovilidad		CAMPO: 1 Fisiológico Básico		CLASE: E Fomento de la comodidad física
Cuidado del Paciente Encamado (0740)		Definición: fomento de la comodidad y la seguridad, así como prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama.		Manejo del dolor (1400)		Definición: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.
INTERVENCIONES			INTERVENCIONES			
ACTIVIDADES DEPENDIENTES	ACTIVIDADES INDEPENDIENTES	ACTIVIDADES DEPENDIENTES	ACTIVIDADES INDEPENDIENTES	ACTIVIDADES DEPENDIENTES	ACTIVIDADES INDEPENDIENTES	ACTIVIDADES INDEPENDIENTES
74019 Realizar ejercicios de rango de movimientos pasivos y/ o activos.	74002 Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico.	140027 Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.		140003 Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.		

74022 Aplicar medidas profilácticas anti embolicas.	74003 Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada.	140034 Instaurar y modificar las medidas de control del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.	140007 Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, función cognitiva, estado de ánimo)
	74005 Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.	140001 Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.	140016 Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga y falta de conocimientos)
	74006 Aplicar dispositivos que eviten los pies equinos.	140023 Explorar el uso actual de métodos farmacológicos de alivio del dolor.	140026 Colaborar con el paciente, seres queridos y demás profesionales sanitarios para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas de alivio del dolor, según corresponda.
	74014 Cambiar de posición al paciente, según indique el estado de la piel.		
Evaluación:			
Tras los cuidados e intervenciones por parte del personal de enfermería, como cambio de posiciones considerando mantener la integridad de la piel, terapia muscular, y control del dolor motivando a la paciente a que realice acciones por sí mismo para que logre la movilidad independiente.			

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA						
DOMINIO	12 Confort	CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
CLASE	01 Confort Físico	RESULTADOS	INDICADORES	ESCALAS DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	
CODIGO DE DIAGNOSTICO	00132				MANTENER	AUMENTAR
DOLOR AGUDO DEFINICIÓN	Nivel del dolor 2102	Definición: Intensidad del dolor referido o manifestado	<ul style="list-style-type: none"> Dolor referido (210201) Nauseas (210227) Presión arterial (210212) Frecuencia cardiaca (210211) 	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	2	4
Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a seis meses.					2	4
FORMULACION DEL DIAGNOSTICO NANDA	DOMINIO:	III Salud Psicosocial				
Dolor agudo r/c agentes lesivos, m/p cambios en la presión arterial y en la frecuencia cardiaca, expresa dolor y conducta expresiva	CLASE:	Bienestar psicosocial (M)				
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES (NIC)						
CAMPO: 1 Fisiológico Básico	CLASE: E Fomento de la comodidad física	CAMPO: 01 Fisiológico básico	CLASE: C control de Movilidad			
Manejo del dolor (1400)	Definición: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.	Cambio de posición (0840)	Definición: Colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y /o psicológico.			
INTERVENCIONES		INTERVENCIONES				
ACTIVIDADES DEPENDIENTES	ACTIVIDADES INDEPENDIENTES	ACTIVIDADES DEPENDIENTES	ACTIVIDADES INDEPENDIENTES			
140027 Proporcionar a la persona un alivio del dolor optimo mediante analgésicos prescritos.	140003 Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.	84006 Premedicar al paciente antes del cambio de posición.	84001 Colocar sobre un colchon / cama terapéuticos adecuados.			
140034 Instaurar y modificar las medidas de control del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.	140007 Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, función cognitiva, estado de ánimo)		84003 Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición.			
140001 Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.	140016 Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga y falta de conocimientos)		84017 Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.			
140023 Explorar el uso actual de métodos farmacológicos de alivio del dolor.	140026 Colaborar con el paciente, seres queridos y demás profesionales sanitarios para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas de alivio del dolor, según corresponda.					
Evaluación						
Luego de las intervenciones brindadas por el personal de enfermería, tras la valoración exhaustiva el dolor disminuyo a cierto grado que el paciente pudo tolerarlo con una escala de EVA de 2/10.						

Discusión

Las miopatías inflamatorias son enfermedades autoinmunes del músculo esquelético (6) pueden ser interpretadas inicialmente como lupus eritematoso sistémico por la sintomatología que presentan (7).

Existe controversia en cuanto a los criterios diagnósticos para polimiositis; sin embargo, se acepta la clasificación de Bohan y Peter (8). En nuestro caso la paciente cumple con 4 de 5 criterios de diagnósticos propuestos por Bohan y Peter.

Las manifestaciones musculares de la enfermedad afectan principalmente la cintura escapular y pélvica (9). Como ocurrió en este caso, se presenta dificultad progresiva que evoluciona en semanas o meses para realizar tareas cotidianas como: movilización y aseo personal.

Con relación al diagnóstico, la elevación de las enzimas musculares, y los hallazgos histopatológicos son definitorios. Tiene lugar una marcada elevación de la Creatin Kinasa (CPK) se elevan las enzimas deshidrogenasa láctica (LDH) y las transaminasas (3) tal y como se comportó en este caso, desde el punto de vista histológico, los elementos descritos concuerdan plenamente con la literatura (3). La asociación con derrame pleural y derrame pericárdico está reportada en la bibliografía, aunque en porcentajes muy bajos, con la administración del esteroide y la colocación de la sonda endopleural la evolución fue a la mejoría clínica (6) Es así en nuestro caso inicialmente reporta derrame pericárdico de 400 mililitros que con la colocación de catéter de pericardiocentesis, drenajes diarios y controles de ecocardiogramas transtorácicos se logró evacuar mejorando la clínica.

Se han usado diferentes regímenes de tratamiento, la mayoría sugiere la administración de altas dosis de prednisolona (60 miligramos día) al inicio y posteriormente, disminuir la dosis en días alternos. En estudios retrospectivos se demostró que los pacientes tratados con altas dosis de prednisolona tenían mejoría clínica importante en comparación con los que recibían dosis inadecuadas o menores a 60 mg/día (8).

La azatioprina suele indicarse para disminuir las dosis altas de esteroides y los efectos adversos (8). El tratamiento esteroideo y los inmunosupresores constituyen los pilares terapéuticos de la polimiositis, estos fármacos son claramente eficaces y se acepta que disminuyen la morbimortalidad de la enfermedad (3).

Los inmunomoduladores más usados son la azatioprina, el metotrexato y la ciclofosfamida, estos fármacos se combinan con los glucocorticoides desde el inicio del tratamiento para evitar las complicaciones inherentes a la terapia esteroidea y prevenir la atrofia muscular (3).

Nuestro paciente mejoró clínicamente usando metilprednisolona 1 gramo por 3 dosis, ciclofosfamida 1 gramo una dosis, azatioprina 50 miligramos vía oral cada 12 horas y prednisona 60 miligramos vía oral cada día.

Al egresar de la Unidad de Terapia Intensiva al servicio de Medicina Interna para continuar con su tratamiento y posterior seguimiento en Consulta externa donde recibe 2 terapias con Ciclofosfamida bimensual y continua con prednisona vía oral, se observa en mejores condiciones generales de salud.

Conclusiones

La polimiositis y sus congéneres son enfermedades con baja incidencia, pero con una repercusión social y médica importante porque la consecuencia a corto y mediano plazo es la discapacidad física.

La importancia del caso radica en el conocimiento de las diferentes formas de miopatías inflamatorias, con el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno mejoran, en la mayoría de los pacientes, su calidad de vida.

En nuestro caso la paciente recibió tratamiento con corticoide en altas dosis, ciclofosfamida 1 gramo vía venosa, por disponibilidad de la institución, se asocia azatioprina y prednisona, por alto costo no recibe tratamiento con inmunoglobulinas ni metrotexato ya que son considerado como opción de tratamiento de primera línea como recomiendan estudios realizados. 10

CONFLICTO DE INTERESES

No existen conflictos personales, profesionales, financieros o de otro tipo.

Referencias bibliográficas

1. Russi J, Paz A, Valdés J, Rodríguez D, J V, G. M. Polimiositis y Compromiso cardíaco. Resid. de Med. Inter. UNAL. Colombia. [Online].; 2014 [cited 02/04/2022]; 39: 293-297. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v39n3/v39n3a15.pdf>.
2. Restrepo J. Dermatomiositis-polimiositis. Rev. Colomb. Reumatol. Colombia. [Online].; 2003 [cited 01/04/2022]; 10(2): 135-141. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-359018>.
3. Sosa M, Mayorla C, Jiménez R. Polimiositis. Presentación de un caso. Rev. Med. Electr. Mediciego. Cuba. [Online].; 2010 [cited 01/03/2022]; Vol.16(2). Available from: <https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1191/2598>.
4. Gerreiro A, Blanco R, Merlín J, Rodríguez A, Arce A, Guardia O, et al. Prevalencia y significado clínico de los anticuerpos anti-SS-A(RO) en pacientes con enfermedades reumáticas

- autoinmunes sistémicas. *Rev. Cubana Hematología, Inmunología y Hemoterapia*. [Online].; 2017 [cited 02/04/2022]; Vol.33 (4). Available from: <https://revhematologia.sld.cu/index.php/hih/article/view/552/537>.
5. García I, García I. Alteraciones de laboratorio y autoanticuerpos. *Sdad. Española Reumat. (SER)*. [Online]. España; 2009 [cited 02/04/2022]; Vol. 5(3): 16-19. Available from: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-alteraciones-laboratorio-autoanticuerpos-articulo-S1699258X09002058>.
 6. Gómez L, Bustamante G, Ramírez F, Q N. Poliliositis y serositis. Reporte de un caso. *Medigraphic Hosp. Gral. Mexico*. [Online].; 2011 [cited 03/04/2022]; 27 (2): 190-192. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2011/mim112m.pdf>.
 7. Bermidez W, Vizcano Y, Fusté C, Bermúdez W, González Z HM. Systemic Lupus Erythematosus. Ten years of follow up. *Infomed. Rev, Cubana. Reumatología*. [Online].; 2019 [cited 30/0/2022]; Vol. 21(2). Available from: <https://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/689>.
 8. Rodríguez C, González C, Garcés M, Cota J, Aguilar F. Polimiositis inflamatoria: un caso de dolor y debilidad muscular. *Medigraphic. Hosp. Baja California. Mexico*. [Online].; 2009 [cited 03/04/2022]; 23(3): 241-4. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2009/mim093l.pdf>.
 9. Obando C, Merchán Á. Polimiositis: evolución de 4 años y agudización en 2019, caso masculino en Popaya, Cauca. Presentación de caso. *Univ. Cauca-Colombia*. [Online].; 2019 [cited 05/04/2022]; 35(1):49-56. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v35n1/0121-0319-muis-35-01-49.pdf>.
 10. Social IMdS. Guía de referencia rápida. Diagnóstico y tratamiento de polimiositis y dermatomiositis. IMSS. Mexico. [Online]. [cited 30/03/2022] 477-11. Available from: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/477GRR.pdf>.

Recibido: 26 octubre 2023

Aceptado: 08 noviembre 2023

