



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA**

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

**APLICADO A UN PACIENTE CON ALTERACIÓN DE
SUS PROCESOS EMOCIONALES, SECUNDARIO A
MIASTENIA GRAVIS.**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

MARIBEL JIMÉNEZ GUZMÁN
No. DE CUENTA: 9531105-4

DIRECTORA DEL TRABAJO

MTRA. MARÍA DEL PILAR SOSA ROSAS



MEXICO, D.F.

Agosto 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

En nuestra vida, a lo largo del camino
tenemos la dicha de encontrar personas
que nos ayudan a que nuestro sendero sea mejor.
Lo llenan de alegría, te brindan su apoyo
en los momentos difíciles, te dan un consejo
cuando lo necesitas y una sonrisa en todo momento;
pero lo más importante: te ofrecen su cariño incondicional.
Esas personas son tu familia, que son quien mejor te conoce
y dan todo sin esperar nada a cambio.

GRACIAS POR SU APOYO

MARIBEL

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	5
2. OBJETIVOS	7
3. MARCO TEÓRICO	
3.1 Historia de la Enfermería	8
3.1.1 Historia de la Enfermería Universal	8
3.1.2 Historia de la Enfermería en México	19
3.2 Historia de los cuidados	23
3.3 Teoría de Enfermería	26
3.4 Patrones funcionales de Marjory Gordón	27
3.5 Proceso Atención de Enfermería	31
3.5.1 Concepto	31
3.5.2 Antecedentes Históricos	32
3.5.3 Etapas del PAE	33
3.5.3.1 Etapa de valoración	33
3.5.3.2 Etapa de diagnóstico	36
3.5.3.3 Etapa de planificación	37
3.5.3.4 Etapa de ejecución	39
3.5.3.5 Etapa de evaluación	39
4. Presentación del caso	40
5. Instrumento de valoración basado en los 11 patrones funcionales	43

	Pág.
6. Plan de cuidados	57
6.1 Patrón X Tolerancia – Manejo del estrés	57
6.2 Patrón VII Autopercepción – Autoconcepto	64
6.3 Patrón VI Cognitivo – Perceptual	68
6.4 Patrón VIII Rol – Relaciones	74
6.5 Patrón II Nutricional – Metabólico	83
6.6 Patrón IV Actividad – Ejercicio	90
7. Plan de Alta	97
8. Conclusiones	98
9. Bibliografía	100
10. Anexos	101
10.1 Miastenia Gravis	101
10.1.1 Concepto	101
10.1.2 Epidemiología	101
10.1.3 Fisiopatología	101
10.1.4 Signos y Síntomas	102
10.1.5 Diagnóstico	103
10.1.6 Tratamiento	104
10.1.7 Pronóstico	106
10.2 Efectos secundarios de los anticolinesterásicos.....	108
10.3 Fármacos que impiden la transmisión a nivel de la unión neuromuscular.....	109

1. INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería (PAE) exige del profesional, habilidades y destrezas afectivas, cognitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento.

El proceso atención de enfermería como instrumento en la práctica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad.

Proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención.

El propósito del proceso es dar un marco de referencia dentro del cual las necesidades del sujeto de atención, familia y la comunidad pueden ser entendidos de forma integral.

El proceso tiene como propiedades ser más dinámico, flexible continuo, individualizado, participativo y con un fin determinado, es un método racional y sistemático de planificar y proporcionar cuidados de enfermería, es una adaptación del método de resolución de problemas.

Puede considerarse como un proceso paralelo, aunque independiente del proceso utilizado por los médicos; ambos procesos comienzan con la obtención y el análisis de datos, basan las acciones en la formulación de un problema y conllevan un componente de evaluación.

El proceso de enfermería se dirige a las respuestas del paciente, a la enfermedad y demás alteraciones de salud.

En cada fase del proceso intervienen la toma de decisiones, estas no se ven limitadas por respuestas normalizadas, se pueden aplicar habilidades y conocimientos, esto facilita la individualización del plan de cuidados.

El cuidado de enfermería individualizado demanda algo más que buenas intenciones, requiere sentido común para apreciar las necesidades y problemas del paciente en forma organizada, y perceptiva, y para emplear el tiempo de la mejor forma posible.

En la actualidad el uso del proceso de enfermería, como herramienta habitual en todas las actividades relacionadas a la enfermería se ha vuelto una preocupación importante.

Proporciona un enfoque intencional, sistemático y organizado de la práctica de enfermería que logra el principal propósito de la enfermera: promover el bienestar, contribuir a la mejor calidad de vida y a la máxima utilización de todos los recursos.

Además de la información respecto a los antecedentes personales, capacidades y limitaciones del paciente, el conocimiento de las teorías tradicionales y actuales de diversas disciplinas puede proporcionar bases para realizar el proceso de enfermería.

La enfermera debe utilizar todos sus conocimientos básicos y la reevaluación constante harán del proceso de enfermería un procedimiento personalizado, reforzado por la experiencia personal y el adiestramiento formal.

Los esfuerzos de la enfermera van dirigidos a ayudar al paciente para que este se adapte a su ambiente y sociedad de manera que sean mutuamente benéficos.

El presente trabajo se realiza aplicando el proceso de enfermería a un paciente masculino con diagnóstico de Miastenia gravis, para tal caso se emplea la teoría de Marjory Gordón para la valoración de los patrones funcionales y el formato PES (Problema, etiología, signos y síntomas) para la elaboración de diagnósticos de enfermería.

En años recientes se ha descubierto mucha información sobre miastenia gravis, los avances tecnológicos han permitido realizar un diagnóstico más oportuno y más exacto y las nuevas terapias mejoradas han facilitado el control de dicho trastorno.

Se han hecho descubrimientos importantes sobre la estructura y el funcionamiento de las uniones neuromusculares los aspectos fundamentales de la glándula del timo, la auto inmunidad y sobre el trastorno mismo.

Las investigaciones están intentando descubrir que causa la respuesta auto inmune en la miastenia y definir mejor la relación entre la glándula del timo y la miastenia gravis.

A pesar de estos avances, todavía queda mucho por descubrir, la meta más reciente en la investigación de la miastenia gravis, es aumentar la comprensión científica del trastorno para realizar un diagnóstico certero y sobre todo oportuno y dar la mejor atención a los pacientes que la padecen.

2. OBJETIVOS

GENERAL :

Que el pasante de la Carrera de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia adquiera conocimientos mediante la elaboración de un Proceso Atención de Enfermería para el desarrollo de habilidades y destrezas en el manejo del paciente al proporcionar atención continuada en el Proceso Salud – Enfermedad.

ESPECÍFICOS :

1. Participar con el equipo multidisciplinario de salud para satisfacer los requerimientos indispensables del paciente.
2. Realizar los cuidados específicos que le permitan al paciente enfrentar su padeciendo de forma adecuada y llevar una mejor calidad de vida física, emocional, espiritual y social.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

3.1.1 HISTORIA DE LA ENFERMERÍA UNIVERSAL

La Historia de la enfermería son los hechos, sucesos eventos o acontecimientos que tenían lugar en un tiempo dado y que componen la base del estudio historiográfico en materia de los cuidados enfermeros.

El termino anglosajón “nurse” con el que se designa a la enfermera , se deriva de las palabras latinas, “nutrire” alimentar y “nutrix” mujer que cría.

El término enfermería esta relacionado con el de enfermedad y define de forma más concreta la actividad del cuidador, los actos relacionados con la supervivencia, cuidados durante el parto, lactancia y crianza , así como a los cuidados de los enfermos.

PREHISTORIA

La Prehistoria es la ciencia histórica que estudia la vida del hombre antes de la aparición del primer testimonio escrito.

A partir de la división social, se va a producir una división del trabajo por sexo y edad, los hombre se encargaran de la caza y la pesca y las mujeres de preparar alimentos y cuidar a los niños y enfermos.

La mujer desde la primera sociedad primitiva, se le va a asignar que una de sus tareas sea la de CUIDAR de los niños y de los ancianos, ya que estos debido a su edad no pueden cazar.

A partir de la observación de la naturaleza y la observación de la vida de los animales , el hombre empieza a encontrar explicación y tratamiento para algunos de sus males o enfermedades.

Cuando estas prácticas se complican aun más aparece otra figura que se dedica a la recolección y preparación de los ungüentos, al cuidado de los enfermos y va a ser una figura femenina, una mujer que colabora con el brujo, la madre enfermera procedió al mago sacerdote.

En esta época atribuyen la enfermedad a la posesión de un mal espíritu que la produce por causas de tipo mágico, por una maldición, por dejar de hacer algunos ritos, mal de ojo, etc. La de tipo religioso se traduce en que una divinidad puede producir una enfermedad, porque se ha dejado de hacer alguna ofrenda o ritual que habitualmente en esta comunidad se hacia.

EDAD ANTIGUA

El periodo prehistórico va a terminar durante la cultura Predinástica en Egipto y con la aparición de la escritura. La Edad Antigua que dura desde 3500 antes de Cristo hasta el 476 después de Cristo.

En esta época en relación con la salud, va a continuar la idea de que las enfermedades están producidas por espíritus malignos, y serán los líderes religiosos los encargados de la curación de las enfermedades.

Del cuidado de los enfermos en estas civilizaciones se conoce muy poco, la cirugía va a ser mucho más desarrollada, donde va a ser necesario crear hospitales, y en estos lugares las personas que se dedican a cuidar serán los hombres.

En las demás civilizaciones las actividades cuidadoras serán desempeñadas por la mujer, generalmente llevadas a cabo por esclavas y sirvientas. La atención de la mujer en el parto será efectuada por la comadrona, labor específica de la mujer casi hasta la actualidad.

Civilización Egipcia

Los que se encargaban de la práctica de la medicina eran:

- Los sacerdotes se encargaban de enfermedades que se les atribuía un origen divino o religioso.
- Magos y exorcistas, se encargaban de enfermedades de origen mágico y curaban con rituales y ceremonias de tipo mágico.
- Parteras y cuidadoras de enfermos. Los médicos no atendían los partos, lo hacían las parteras. Los cuidadores de los enfermos eran normalmente jóvenes, a los que se les permitía dejar su trabajo cuando tenían que atender a algún familiar que caía enfermo.

Civilización griega

Comienza en la época de Homero, en cuyos poemas podemos entender como cuidados de enfermería las suplicas que se elevan a los dioses para que les protejan de las enfermedades.

La curación o no curación tenía lugar en templos, que generalmente eran dedicados a un Dios. Había unas zonas de reposo denominadas "incubatorio", el enfermo despertaba sano, y podía realizar sus actividades.

El método hipocrático parte de la observación y estudia más al paciente que a la enfermedad, hace un diagnóstico y ayuda a que la pureza actúe. Todo esto ha sido retomado por la enfermería.

El enfermo no va solo al templo a rezar, sino también a curarse. Los esclavos colaboran en el cuidado de los enfermos. El concepto de higiene consiste en facilitar la buena salud, por ello los templos estaban en ambientes sanos, cerca de ríos o jardines.

Civilización Romana

Aparecen los primeros hospitales llamados “VALETUDINARIA” que en un principio son militares y atendidos por los mismos soldados que hacen el trabajo de enfermería.

Poco después surgen los hospitales de esclavos, atendidos por estos y por un médico, para el resto de la gente no habían hospitales.

Civilización India

Sus conocimientos se basan en un libro llamado “Ayurveda”, libro religioso y divino que significa ciencia de la vida. Para ellos la vida depende de la existencia de un soplo vital, el cual es una energía que circula por el interior del organismo a través de unos canales también energéticos.

La etiología de la enfermedad para ellos se debe a una alteración de el soplo vital que circula por el interior del organismo. Cuando este soplo vital esta en exceso o en defecto aparece la enfermedad.

Los hospitales empezaron a crearse, los asistentes formaban un equipo, solían ser hombres jóvenes que tenían unas cualidades determinadas como; conducta intachable, ser inteligente y lealtad al medico.

Había enfermeros generales que se encargaban de todo tipo de enfermedades. También existían enfermeros quirúrgicos y masajistas.

Cuando las mujeres parían las ayudaban las parteras, las cuales solían ser madres de familia de muchos hijos y por lo tanto con mucha experiencia. A estas se les pedía que tuvieran buen carácter y buena conducta.

EDAD MEDIA

La edad media abarca el periodo comprendido desde la caída del Imperio Romano en el año 476 después de Cristo, hasta mediados del siglo XV después de Cristo, cuando cae el Imperio Romano oriental, cuando la ciudad de Constantinopla es conquistada por los turcos en el año 1453.

La aparición del Cristianismo marca un antes y un después en la atención a los pacientes, influye en la forma de cuidar , se pretende que el enfermo recupere la

dignidad. Empiezan a aparecer instituciones para la atención de los enfermos, sobre todo para los más desprotegidos.

Para el cristianismo el enfermo es una persona elegida por Dios para que con su sufrimiento pueda hacer meritos para la otra vida y el resto de la comunidad pueda hacer meritos cuidándolo, ejerciendo así la caridad que considera al enfermo como prójimo, ya no es considerado como alguien que había pecado al cual se le aplicaba un castigo.

FEUDALISMO

En el feudalismo a la esposa del señor feudal se le atribuye el cuidado de los hijos y enfermos, y tiene conocimientos sobre remedios curativos para las enfermedades.

MONASTICISMO

Al principio se dedican únicamente a la religión, posteriormente se integran a la acción de la atención de los enfermos, la vida se desarrolla alrededor del monasterio. El cuidado de los enfermos era la principal tarea.

La vestimenta se critico mucho, y se convirtió en costumbre que las mujeres religiosas usaran ropas instintivas; el velo simbolizaba la humildad, y se convirtió en parte del habito que durante el periodo de noviciado tenía que ser blanco; la cofia de la enfermera moderna, una variante del velo religioso, se ha asociado a la humildad.

En este periodo destacan tres grupos encargados de brindar los cuidados:

DIACONISAS, en escritos del año 60 después de Cristo, San Pablo habla sobre Febe, que se dedica al cuidado y atención de los enfermos. Preparaban a la gente para ser bautizados, cuidaban a los enfermos, iban a sus casas y los atendían. No hacían ningún tipo de cuidado técnico sino que todo era espiritual.

VIRGENES Y VIUDAS, están muy relacionadas con las diaconisas, visitaban a enfermos y a gente necesitada de la comunidad. Se dedicaban al cuidado de forma organizada, aunque no se sabe que cuidados aplicaban. Las vírgenes prestaban una atención en el templo y cuidaban enfermos, gozando de cierto reconocimiento social.

MATRONAS ROMANAS, mujeres nobles, que se convierten y transforman sus casas en hospitales, dedicándose ellas mismas al cuidado. Fabiola, Marcela y Paula son tres figuras importantes de este grupo.

Marcela considerada la líder de este movimiento, transforma su casa en hospital y monasterio.

Fabiola se convierte al Cristianismo e invierte su fortuna en el cuidado de los enfermos. Colabora en la creación de un hospicio para peregrinos y extranjeros, crea un hospital en su propio palacio. Cuando aparecen en Roma epidemias, ella se dedica a la atención de los enfermos.

Se construyen edificios para albergar a estos enfermos y son llamados "XENODOQUIOS", que son hospitales primitivos que albergan a los enfermos de la comunidad cristiana, pero poco a poco empiezan a recibir a gente necesitada sin hogar.

Poco a poco se abandonan los Xenodoquios, y el cuidado de los enfermos pasa a las ordenes religiosas que viven en los monasterios. Los atienden los monjes. Estos no tienen ninguna preparación excepto la lectura de los clásicos de medicina.

Durante este periodo tienen lugar las cruzadas que son expediciones de hombres y mujeres, que caían enfermos, además de ser heridos cuando entraban en combate. Están divididos en tres grupos:

- Religiosos, que realizaban la atención espiritual de la orden. No combatían.
- Caballeros soldados, son los que luchaban.
- Hermanos sirvientes, los que van a cuidar a los enfermos en los hospitales que fundaban.

Las ordenes militares de enfermería eran un tipo especial que surgieron en el seno de las hermandades militares. Estas ordenes combinaban los atributos de la religión y la caballería, del militarismo y la caridad en su servicio al prójimo.

De estas ordenes sobresalen :

- Caballeros hospitalarios de San Juan de Jerusalén, orden muy rica, recibía muchas limosnas, lo que les permitía crear muchos hospitales. No solo recibía a los propios enfermos, poco a poco recibió más enfermos, dementes, niños huérfanos, y también dio atención a los pobres distribuyéndoles comida y ropa.
- Caballeros teutónicos o de Santa Maria de Teutón, semejante a la anterior que además de los votos de castidad, obediencia y pobreza, añadía el 4º voto que era cuidar a los enfermos. También se dividían en tres clases; guerreros, enfermeros y hermanos espirituales.

Otro grupo que surge son las ordenes seculares que realizan cuidados básicos, tanto en el hospital como en el domicilio, viven en sus casas pero por su ideal cristiano se dedican al cuidado de pobres y enfermos, y vienen a realizar el papel que hacían las Diaconisas.

El personal de enfermería desempeña una actividad deficiente, el cuidado a enfermos es muy malo, se contratan mujeres de muy baja clase social, que acaban de salir de la cárcel, analfabetas y la mayoría de ellas alcohólicas.

Los cuidados que se daban en los hospitales eran :

- Reposo en cama.
- Calor.
- Alimentación ya que la gente llegaba mal nutrida.
- Cuidado al moribundo, ya que al hospital se iba más a morir que a curarse.
- Inhumación.

En la mayoría de los hospitales no hay médico, por lo que el peso del cuidado recae en la enfermera, este estaba constituido por un enfermero mayor quien administraba todo lo relacionado a los cuidados y enfermeros menores que se encargaban directamente de los cuidados.

Entre las mujeres que brindaban los cuidados destacan:

- Terciarias Franciscanas, mujeres viudas que se dedicaban al cuidado de pobres y enfermos yendo a sus casas. Una mujer importante fue La Reina Isabel de Hungría.
- Terciarias Dominicas, su misión era la misma que la anterior, destaca Santa Catalina de Siena, que trabaja en el hospital y fundo el primer cuerpo de camilleros.
- Beguinas fundadas en Bélgica , vivían en comunidad, hacían votos provisionales de castidad y obediencia pero no de pobreza, trabajaban para vivir y cuidando enfermos tanto en el hospital como en su casa. Podían abandonar la orden y casarse cuando quisieran.

El Hospital de Santo Thomas fue fundado en 1213 por Ricardo Prior de Berdmonsey. Esta institución se haría famosa en el siglo XIX cuando Florence Nightingale estableció allí la primera escuela de enfermería.

EDAD MODERNA

El inicio de este tiempo histórico se produce con el descubrimiento de América 1492, se producen una serie de circunstancias sociales, políticas y económicas que van a repercutir en la forma de vida y la salud de las personas, a modos de vida, a la medicina y a la enfermería.

Aparece el protestantismo, dirigido por Martín Lutero y Enrique VIII, cuya finalidad era la supresión de los monasterios. Entre las medidas esta una mayor presión sobre los religiosos, obligándoles a que se dediquen más a la oración y menos a los cuidados.

La atención de los enfermos es una atención hecha por personas sin ningún tipo de preparación y solo mejora si esta en manos de las hermanas de la caridad o de las Beguinas que son quien mejor cuida a los enfermos ya que el resto del hospital no tiene ninguna formación.

Por este motivo se le llama a este periodo el “Periodo oscuro de la Enfermería”.

EL RENACIMIENTO

En esta época el hombre se convierte en el eje y el centro de todas las cosas, es un periodo de revoluciones. Durante este tiempo se producen cambios en innumerables aspectos y campos, esta revolución a todos los niveles va a influir en la enfermería.

Aparecen reaccionistas de la religión, tales como Lutero y Tomas Moro, su influencia en la enfermería radica que en los países del norte los hospitales que hasta entonces estaban dotados de personal religioso católico se ven vaciados de estos dejando paso a la enfermería laica profesional, por ello la enfermería surge en los países protestantes.

El cuidado estaba a cargo por los llamados Hermanos Mayores, todos ellos salen de una orden fundada en el siglo XVI, dedicada al cuidado de los pobres. Se hicieron cargo del hospital a raíz de la reforma, llamados también Hermanos de los pobres y tiempo después “Obregones”.

La asistencia corría a cargo del Hermano Mayor, del mismo dependían directamente y descendiendo en el escalafón, el Hermano Mayor de los mendigos, el semanero y el Hermano Boticario, construyeron la dirección de los cuidados.

Los cuidados como lo eran; visitas, curas y recetas, corrían a cargo del Enfermero de habito, Médicos , practicantes y barberos. Y quienes recibían los cuidados eran los pobres, enfermos y mendigos.

ORIGEN DE LA ENFERMERÍA MODERNA

Dentro de la sanidad existen grupos que carecen de formación académica como son : barberos, algebristas, curanderos de cataratas y matronas. Felipe II concede licencias especiales para que estas personas puedan seguir ejerciendo.

En 1524, Carlos I establece un reglamento donde se especifica la función que tiene el enfermero, se distinguen las figuras del Enfermero Mayor y Enfermeros asistenciales y las actividades y tareas de cada uno.

MATRONAS

También llamadas parteras, las funciones que estas desempeñaban eran:

- Asistencial, que es la más importante, asistir a la mujer en el parto, puerperio y enfermedades propias.
- Jurídico – legal, en caso de muerte de la madre durante el parto la matrona podía ir al juicio y testificar.
- Docente, los conocimientos de las matronas pasaran de madres a hijas.
- Religiosas, moría el 75% de los niños durante el parto, la matrona administraba el bautismo de urgencia.

LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA, SIGLO DE ORO

Constitución y expansión de ordenes religiosas en enfermería en España, encargadas de proporcionar los cuidados serán:

Hermanos de San Juan de Dios

Orden fundada por un granadino que se llamaba Juan, y que junto con otro grupo de personas forma un hospital para recoger a enfermos que son cuidados por ellos mismos. También resguardaban a leprosos y a enfermos mentales, además hacían visitas domiciliarias.

Hijos de la Caridad y Hermanas de la Caridad

Orden religiosa de enfermería por antonomasia que ha mantenido su actividad hasta hoy, se les conoce como precursores de la enfermería moderna.

Esta cofradía se extiende a otros pueblos vecinos y llega un momento en que estas mujeres no tiene tiempo de cuidar a todos los enfermos, de ahí que San Vicente se dedique a formar un grupo de mujeres exclusivamente para esos cuidados, y con la ayuda de una mujer del pueblo escoge a un grupo de ellas que pasan a vivir en casa de Luisa de Marillac.

Comunidad de mujeres campesinas, hermanas de la caridad como orden seglar bajo el cuidado de Luisa de Marillac, no son religiosas pero según San Vicente de Paul debían recibir una formación que les enseñe como cuidar a los enfermos, de ahí que se diseñe un programa dirigido a formarlas como cuidadoras.

Estas mujeres tan bien recogían a niños huérfanos, que cuidaban y les impartían cierta escolaridad. Aquí nos encontramos por primera vez con mujeres que tienen una formación específica para cuidar a los enfermos y se dice que ellas fueron las que pusieron las bases de la enfermería domiciliaria.

Los Hermanos Camilos

Los Hermanos Camilos o Ministros de los enfermos, es una orden fundada por San Camilo Lelis en 1550, se caracteriza porque siendo una orden religiosa añadía un 4º voto, que era el cuidado de los enfermos.

Esta orden se extiende por Italia y España. Se les conoce como precursores de la enfermería moderna.

Los Hermanos Obregones

Tienen su aparición a partir de una orden fundada por Bernardino de Obregón en el siglo XVI, dedicada al cuidado de los pobres.

Llamados también hermanos de los pobres y posteriormente "Obregones", su orden se extendió por España, Portugal y Francia. Dejan manuales escritos sobre enfermería.

EDAD CONTEMPORANEA

Esta época se inicia en el siglo XVIII y comprende hasta nuestros días.

Las revoluciones y el movimiento de la Ilustración influyen sobre la salud de la población y es cuando las personas empiezan a preocuparse más por sus condiciones de vida e higiene personal; se comienza a hablar por el derecho a la salud y que la asistencia sanitaria debería de ser pública y gratuita para los trabajadores y sus familias.

En los países protestantes de Europa, la regeneración y el reinicio de la enfermería de calidad se va a iniciar en el Instituto de Diaconisas de Kaisenwerth, es en este momento en donde se empiezan a formar y preparar a las enfermeras.

LA ENFERMERÍA EN LA ILUSTRACIÓN

A partir del siglo XVIII surgen enfermedades y accidentes laborales, se produce un gran empobrecimiento que repercute en la salud.

La atención al enfermo es una atención hecha por personas sin ningún tipo de preparación y solo mejora si esta en manos de los religiosos o religiosas. Se crean las primeras escuelas y aparecen los primeros textos escritos sobre la enfermería.

Los cuidados son llevados a cabo por:

Hermanas Protestantes de la Merced y las Hermanas Protestantes de la Caridad

Fueron fundadas por una mujer inglesa E. Fry con la finalidad de que estas enfermeras hagan exclusivamente enfermería domiciliaría y no hospitalaria. Van a

diseñar un programa de formación exclusivamente práctico, sin ninguna formación teórica.

Casa de San Juan

Primera orden religiosa protestante que se dedica exclusivamente a la enfermería, fundo una escuela con el fin de prepararlas para el trabajo de los cuidados, impartió un programa formativo para las matronas.

Instituto de las Diaconisas de Kaiserwerth

Fundada por Theodor Fliedner, el cual realizó un viaje por Inglaterra con el fin de conocer los cuidados de enfermería, sobre todo de las Hermanas Protestantes de la Caridad, contrae matrimonio con Friederike Munster, una mujer que acogía a niños huérfanos y juntos abren en su casa un albergue para mujeres que acaban de salir de la cárcel.

Theodor Fliedner pensó que necesitaba un grupo de enfermeras con una formación más completa que la de las hermanas Protestantes de la Caridad y por ello junto con su mujer seleccionó un grupo de mujeres para que trabajaran en el hospital. Estas debían reunir ciertas características; que fueran entre 25 y 30 años y con una conducta irreprochable. Junto con esta enseñanza teórica y practica hacían unos estudios importantes de farmacia, y se presentaban al examen estatal de los farmacéuticos el cual tenían que aprobar para poder ejercer. Además recibían una formación ética referente a la conducta hacia el enfermo que impartía el propio Theodor Fliedner.

Las Diaconisas de Kaiserwerth no recibían salario, a cambio de su trabajo, vivían en el hospital y el Instituto se hacia cargo de todos sus gastos y cuando no podían ya trabajar seguían viviendo allí hasta su muerte.

Uno de los factores importantes en la regeneración de la enfermería fue este Instituto de las Diaconisas, ya que marco una huella para la enfermería e influyo directamente en personas como FLORENCE NIGHTINGALE, quien permaneció allí durante un breve periodo.

Florence Nightingale

Se le atribuye la profesionalización de la enfermería, es la fundadora de la enfermería moderna protestante y laica.

Nació el 12 de Mayo de 1820 en Florencia Italia. Procedente de familia victoriana, creció en un ambiente con una educación muy estricta.

En 1850 inicio estudios de enfermería en el Instituto de San Vicente de Paul en Alejandría, Egipto, posteriormente estudió en el instituto para Diaconisas Protestantes de Kaiserwerth, Alemania.

Viajo mucho en su infancia, y el padre dirigió la formación de su hija, que fue ayudada por todos los viajes que hacía al extranjero. En estos viajes ella se interesó especialmente por la actividad hospitalaria de las diferentes ciudades por donde viajaba, tomando notas sobre todo lo que veía sobre la atención al enfermo.

Estuvo en el Hospital de Paris con las Hermanas de la Caridad, querría dedicarse a la enfermería pero su familia se lo prohibió, con esta formación vuelve a Inglaterra y empieza a trabajar como enfermera de un hospital de Institutrices enfermeras.

Durante la guerra de Crimea, los turcos pudieron ayudar a los ingleses y franceses, en esta guerra los cuidados eran aplicados al ejercito ruso, las Hermanas de la Merced, mientras que en el Francés lo hacían las Hermanas de la Caridad, en el ejercito ingles no había ningún cuerpo de enfermería, era el cirujano de guerra quien atendía a los heridos ayudado por los propios soldados, lo cual hacia que la mortalidad fuera muy alta.

Nightingale supo que las deficientes condiciones sanitarias y la falta de medios en el hospital de barracones de Uskudar en Turquía donde morían más soldados en el hospital que en la batalla, eran causa importante, por lo que envió una carta al Secretario de Guerra británico, ofreciendo sus servicios.

El ministro propuso que asumiera la dirección de todas la tareas de enfermería en el frente. Viajo en 1854 hacia Uskudar con otras 38 enfermeras, monjas catolicas y protestantes, y va a la ciudad donde estaba el hospital ingles, barrocon, que había sido habilitado para poner a los enfermos, y organiza los cuidados de enfermería e intendencia.

Este hospital tenia 7 Km. de camas donde cabrían 1700 enfermos, pero cuando ella llegó habrían unos 4000, no había alcantarillado, agua, ni ropa para los enfermos, ni ventilación, ni podían lavarse, había poco material médico, los enfermos estaban llenos de piojos y estos tenían que llegar al hospital por su propio pie.

Todo esto hacia que la mortalidad fuera muy alta, por disentería y gangrena, por tanto no morían por sus propias heridas o enfermedades sino por las malas condiciones del hospital, y además quien cuidaba a los enfermos eran los soldados.

Florence Nightingale se va a encargar también de otros aspectos de los soldados como:

- Ocupación del tiempo libre de los enfermos convalecientes.
- Organización de la sala de juegos, salas de lectura, servicio de correo, banco para que el soldado pueda mandar parte de su sueldo a su familia.
- Organiza a las mujeres de los soldados enfermos que acuden a ver a sus maridos, para que ayuden a la lavandería.

A su regreso concluida la guerra en 1860, es recibida como una heroína, se crea la fundación Nightingale y crea la primera escuela y hogar para Enfermeras en el Hospital Santo Thomas de Londres, esta tiene un programa propio, nombra directora a una matrona, las niñas eran escogidas de clase alta, tener entre 25 y 30 años, recibían formación teórica y practica y al final hacían un exámen.

La escuela marca el inicio de la formación profesional en el campo de la Enfermería. Desde entonces la Enfermería fue considerada una profesión médica con un elevado grado de formación y responsabilidad.

Las ideas de Nightingale son mal recibidas por la clase médica y la administración de los hospitales. Desde 1900 hasta 1950 las enfermeras siguen influenciadas por el modelo médico religioso.

Se empieza a hablar de la planificación de los cuidados centrados en la persona y no en la enfermedad.

En la mayoría de los casos la enseñanza se inicia en las universidades. La formación recae en enfermeras. En España la enfermería llega al ámbito universitario en 1977.

3.1.2 HISTORIA DE LA ENFERMERÍA EN MEXICO

Las practicas de atención a la salud tienen su origen en las acciones del cuidado encaminadas a ayudar a las personas a superar situaciones que ponen en peligro la existencia, o a recuperar la vitalidad después de sufrir alguna lesión, enfermedad o disfunción orgánica.

En el caso de México la enseñanza formal, tanto de la enfermería como de la obstetricia, surgió dirigida por los médicos. La carrera de enfermería en México ha estado determinada por le proceso de institucionalización de los servicios de salud iniciada en el siglo XIX y asumida como tarea de estado.

Durante la Colonia, el cuidado de los enfermos fue asumido por los religiosos que arribaron a México con fines de evangelización y que ante la presencia de las epidemias respondieron a las necesidades de los enfermos con la fundación de hospitales, en los cuales conjugaron el cuidado del alma con el del cuerpo.

Numerosas ordenes religiosas dedicadas al cuidado de los enfermos se integraron a los hospitales, con el propósito de brindar una labor altruista paralela a los intereses de la iglesia la función de cuidar a los enfermos quedó abandonada con la expulsión de las ordenes religiosas, decretada por Benito Juárez; sin embargo, las hermanas de la caridad cubrieron durante treinta años más hasta que Lerdo de Tejada las expulsó en 1874.

Los avances científicos en el campo de la salud hacían evidente la necesidad de mejorar los servicios hospitalarios, proceso que se inicio como respuesta a las demandas de salud de una población creciente y que implicó, en sus proyectos, el establecimiento del Hospital General de México.

El Doctor Eduardo Liceaga formó un papel importante en muchas ideas introducidas a dicha institución, pero su innovación más importante fue la organización de la enseñanza formal de las enfermeras.

El programa inicial establecía que se debía inculcar el orden, la limpieza y el uso del uniforme, se centraba en el aprendizaje de los procedimientos : preparación de la unidad del paciente, tendido de camas, observación de síntomas especiales, registro de los pacientes, tanto en el hospital de maternidad e infancia como en el Hospital de San Andrés, hasta la inauguración de la Escuela de Enfermeras en el Hospital General de México.

La Escuela de Enfermería fue inaugurada el 9 de febrero de 1907, siendo su director el Doctor Fernando López y Sánchez Román, quedó reglamentado que la carrera se haría en dos años e incluiría las materias de anatomía y fisiología así como curaciones en el primero; higiene y curaciones en general, en el segundo y pequeña farmacia, cuidados de los niños, parturientas y enajenados.

El requisito para ingresar a la carrera era haber terminado la educación primaria.

Las características que marcaron el origen de la carrera de enfermería fueron : ser exclusiva para mujeres, ser auxiliar del médico, con formación rígida, disciplinaria, eminentemente técnica, centrada en la enfermedad, de bajo nivel educativo y diseñada por los mismos médicos, quienes hasta 1974 orientaron la carrera al saber “básico” de la medicina, dejando a las mismas enfermeras que enseñaran la propedéutica hospitalaria para un eficiente cuidado de los enfermos.

Con la reapertura de la Universidad Nacional el 22 de septiembre de 1910, las escuelas profesionales se integraron a ella. El 16 de diciembre de 1911, la Escuela de Enfermeras del Hospital General se incorpora a la Universidad a través de la Escuela de Medicina, donde permaneció hasta 1945 año en que por primera vez contó con instalaciones propias.¹

1. Salas S. Enfermería Universitaria en la ENEO. Legados y Tendencias. México; 1997: 14.

En 1912 se estableció el plan de estudios vigente hasta 1943, incluía cuatro cursos en dos años para la carrera de enfermería; anatomía y fisiología e higiene, primer curso de clínica para enfermeras, patología farmacología y terapéutica, y el segundo curso de clínica para enfermeras y dos años para la carrera de obstetricia; se tenía que estudiar la primera para poder acceder a la segunda.

Los programas de este primer plan de estudios universitarios, elaborados por los médicos, definieron el papel de la enfermera y los conocimientos que debían adquirir. El doctor Lamicq, profesor de la escuela desde su inauguración señalaba en un texto: “es absolutamente necesario que se de bien cuenta (la enfermera) de cual es su papel, que no es otro sino de ayuda al médico, aplicando estrictamente y sabiamente, sus prescripciones y poniendo, además, de su parte cuanto pueda para hacer menos penosa la dolencia al enfermo, evitando o impidiendo todo lo que pueda serle perjudicial”.²

Durante esta primera etapa de educación formal prácticamente no hubo cambios en el plan de estudios original, con excepción de las modificaciones registradas en 1939, cuando además se exigieron los estudios de secundaria para el ingreso, requisito que ya se había autorizado desde 1933 en el Consejo Universitario.³

En esta etapa se definió el carácter auxiliar de la enfermería a la medicina, así como las cualidades que sus miembros debían desarrollar para esa función humanística, propia de la mujer, sucesora de las Hermanas de la caridad.

Para 1940 era frecuente encontrar enfermeras que administraban anestесias, encargadas de anfiteatros, salas de operaciones, ayudantes en rayos x, fisioterapeutas, parteras. Muchas de ellas carecían de formación específica, pero el ejemplo de los cursos de anestесias y de rehabilitación, animaban más la idea de cursos postécnicos.

Otra reorganización curricular surge entre 1949 y 1950, la cual promueve una ampliación de contenidos para reforzar el conocimiento de enfermedades infecciosas y patologías emergentes, se fortalece la idea de enfermería rural y se desarrolla la capacidad de educadora en las alumnas para la salud.

Ya para el año 1967 se exigirá el bachillerato como requisito para ingresar a la Licenciatura de Enfermería, con la creación de esta se fusionan los dos planes de estudio, el de enfermería y el de obstetricia, el plan de estudios tenía un marcado enfoque biomédico, orientado al estudio de enfermedades : diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención de ahí deducir las acciones de enfermería.

2. Lamicq E. Tratado de Enfermería. Guía de la enfermera. México; 1914: 1

3. Alarcón A. El Consejo Universitario. México: UNAM Sesiones 1924 – 1977:116.

Desde que la escuela logra su autonomía se empezó a considerar que fuera dirigida por las propias enfermeras, la idea se empieza a fortalecer y las enfermeras comienzan a destacarse como profesoras en las escuelas, ponentes en eventos académicos y administradoras, tanto en el campo educativo como en los servicios.

Las maestras de enfermería participaron en cursos de actualización docente y aquellas con experiencia profesional, estudios de licenciatura y cursos posttécnicos se fueron ubicando en niveles de responsabilidad académico-administrativa lo que finalmente repercutió en 1975 cuando, por primera vez, la enfermera Marina Guzmán Vanmeeter de Cisneros fue designada como directora.

Así en 1974 se reestructura el plan de estudios con una metodología universitaria para el diseño curricular, lo que permitió sentar las bases para una enseñanza dinámica, con eje en la historia natural de las enfermedades, énfasis en la formación para la investigación, organización por áreas de conocimiento y cierta flexibilidad a través de una asignatura donde se pretendía profundizar en ramas de interés profesional.

De 1987 a 1991 la comunidad académica de la ENEO se da a la tarea de evaluar el plan de estudios, sus contenidos, metodología y condiciones de formación profesional, lo que culminó en la creación de un proyecto curricular específico para el nivel licenciatura; se organiza por áreas de conocimiento, teniendo como eje el ciclo vital humano, con una orientación importante hacia la investigación, la administración de los servicios de enfermería y la obstetricia.

A partir de 1996 se suprimió el ingreso a la carrera de nivel técnico en el sistema escolarizado de la ENEO, con el propósito de destinar los recursos a la formación del nivel Licenciatura y al inicio y desarrollo de los estudios de posgrado.

A partir de la aprobación del plan único de especialización en enfermería en 1996 los programas posttécnicos se han transformado en especialidades para las egresadas del nivel superior; actualmente la ENEO ofrece siete especialidades en enfermería clínica y salud pública.

Este cambio permitió reconocer la esencia de enfermería como profesión del cuidado del individuo sano y enfermo, establecer la diferencia entre curar (función del médico) y cuidar (función de la enfermera), reconocer las características del rol de colaboración y la importancia del rol independiente, así como definir el perfil de la enfermera técnica y las competencias de la enfermera profesional.

En su historia la carrera de enfermería ha tenido un proceso lento de desarrollo, pues durante 63 años ha tenido que sortear desviaciones con respecto a su propia naturaleza del arte y ciencia del cuidado a la vida.

Fue muy prolongado el proceso para reconocerle la necesidad de su formación a nivel superior, además es reciente su autonomía como escuela y mucho mas autonomía como profesión.

La profesión de enfermería tiene que valorar aun la pertenencia de su formación en el pregrado o en la especialidad, debe enfrentar el problema de ser una carrera de baja demanda, fortalecer la investigación disciplinar y contribuir mejor a resolver el déficit de enfermeras profesionales y la calidad del cuidado de enfermería que requiere nuestra sociedad.

3.2 HISTORIA DE LOS CUIDADOS

Para poder comprender todo lo anterior hay que comenzar por saber como surgen los cuidados que son la base para el ejercicio de la Enfermería.

Desde el comienzo de la vida, los cuidados existen para que esta pueda persistir. Los hombres han tenido siempre la necesidad de cuidados, cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo permitir que la vida continúe y se desarrollé, y de ese modo luchar contra la muerte.

Los cuidados no fueron propios de un oficio, y aún menos de una profesión, eran actos de cualquier persona que ayudara a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar su vida, en relación con la vida del grupo.

La historia de los cuidados se enfoca alrededor de dos ejes : el MAL, lo que produce malestar, y el BIEN, todo aquello que hace vivir.

Asegurar la continuidad de la vida del grupo y de la especie, teniendo en cuenta todo lo que es indispensable para asumir las funciones vitales; necesidad de alimento, protección, alojamiento, necesidad de asegurar cada día el mantenimiento de estas funciones vitales da lugar a un conjunto de actividades indispensables de las que se hacen cargo hombres y mujeres.

La organización de estas tareas da origen a la división sexual del trabajo que, precisándose marca de forma determinante, según las culturas y las épocas, el lugar del hombre y de la mujer en la vida social y económica.⁴

Asegurar la supervivencia era y sigue siendo un hecho cotidiano, de ahí una de las más antiguas expresiones de la historia del mundo CUIDAR DE. Era necesario cuidar de las mujeres de parto, cuidar de los niños, cuidar de los vivos pero también de los muertos.

4. Leakey R., Les Origines de l'Homme, Paris, Arthaud, 1980, p.148 – 177.

Actualmente esta expresión, CUIDAR DE, OCUPARSE DE, transmite el sentido inicial y original de la palabra cuidado.

CUIDAR es por lo tanto mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación.

Cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo. Esto ha sido y seguirá siendo el fundamento de todos los cuidados. Todo esto ha dado lugar a prácticas corrientes, alimentarias, vestimenta, hábitat, prácticas sexuales, que a su vez crean formas de hacer y costumbres.

Esta orientación de los cuidados basada en todo aquello que contribuye asegurar el mantenimiento y la continuidad de la vida nace de lo que Edgar Morin llama la Physis, es decir de la ciencia de la naturaleza.

El mantener la continuidad de la vida no es fácil, las condiciones precarias de vida hacen a la muerte siempre presente y terrorífica, para manejar esta falta de conocimiento nacen discursos sobre el mal, surgen preguntas sobre lo bueno o lo malo. Para permitir así que continúe la vida de los individuos y del grupo para rechazar la muerte.

A medida que los grupos ratificaron sus prácticas de cuidados habituales consistentes en cosas permitidas y prohibidas, las convirtieron en ritos y encargaron primero al chaman y luego al sacerdote la carga de garantizar estos ritos.

Como guardián de las tradiciones y de todo lo que contribuye a mantener la vida, el sacerdote es, al mismo tiempo, el encargado de hacer de mediador entre las fuerzas benéficas y maléficas, esta designado para interpretar y decidir lo que es bueno o lo que es malo.

Con el nacimiento de la clínica, el médico desciende del sacerdote y clérigos, aparece un especialista, mediador de los signos y síntomas indicadores de un mal determinado, del que el enfermo es el portador.

Sin embargo hasta finales del siglo XIX, los métodos de investigación como las terapias médicas siguieron siendo someras y precarias, siendo también muy limitados los cuidados y tratamientos médicos.

El hospital, lugar de reagrupamiento de todos aquellos excluidos del orden público, pobres, parados, vagabundos, los marginados de todas las clases, hace posible el

ensayo de nuevos instrumentos y así trasforma este refugio de personas sin hogar en un lugar de exploración y de tratamiento de la enfermedad.⁵

La historia de los cuidados, que comienza con la historia de las especies vivas, surge con la aparición del linaje Homo, esta se construye en torno a la permanente preocupación de asegurar la continuidad de la vida, por ello después del Homo sapiens, hombres y mujeres escrutan el universo que les rodea, intentando conciliarlo, al mismo tiempo que se esfuerzan en alejar el mal.

La finalidad del médico es, entonces librar un singular combate con el mal y vencerlo. Producir una separación física del mal, e intentar tratarlo para erradicar todo aquello que puede matar, con el riesgo de no poner atención en lo que aún vive, en lo que puede hacer vivir, en lo que da sentido a la vida.

A finales del siglo XIX, con la llegada de tecnologías muy elaboradas, los cuidados médicos se orientan hacia un restablecimiento complejo de la salud, que se convertirá cada vez más en campo de especialistas.

Y frente al problema de la VIDA y la MUERTE, cuidar se convierte en tratar la enfermedad. Los especialistas por si solo no bastan, necesitarán mano de obra adecuada para hacerse cargo de muchas tareas, pudiendo así asegurar la investigación y el tratamiento de la enfermedad.

Lo anterior ha influido en el campo de la enfermería y han contribuido a dificultar la identificación de los cuidados de enfermería. Todas las practicas rituales desde la concepción hasta el nacimiento se elaboran alrededor de la mujer, símbolo de fecundidad y del niño que ella trae al mundo.

Los cuidados que se tejen alrededor de todo aquello que crece y se desarrolla recae en las mujeres y lo hacen hasta la muerte , cuidados a los niños, enfermos y moribundos.

La base de cuidados desarrollados por las mujeres a lo largo de la evolución de la historia de la humanidad han sido los cuidados corporales y la experiencia de las prácticas alimentarias, desde el origen del descubrimiento de las propiedades de las plantas, siendo así hasta nuestros días.

La historia de las practicas de cuidados vividas y transmitidas por mujeres, más tarde condenadas y desaprobadas por la iglesia, explica desde su origen hasta nuestros días el proceso de la identificación de la practica curativa ejercida por las mujeres en el sentido hospitalario y en los dispensarios del pueblo y barrios pasando hoy a denominarse "CUIDADOS DE ENFERMERÍA".

5. Foucault M., Naissance de la clinique, Paris, PUF,1975,p.111.

3.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA

Para poder llevar a cabo los cuidados base de la Enfermería es necesario seguir una guía que nos ayude a un adecuado ejercicio de la profesión es por ello que a partir de la segunda Guerra Mundial la enfermería inicia su transformación, pues busca crear un marco conceptual que le sea propio. De allí nacieron las teorías de enfermería.

Una teoría es un enunciado con apoyo científico que describe, explica o predice las interrelaciones entre los conceptos; estos conceptos y enunciados teóricos se interrelacionan y están sujetos a comprobación.⁶ La teoría además, es útil como soporte del quehacer profesional.

A finales del siglo XX, gran parte del trabajo teórico en enfermería se centro en la articulación de las relaciones entre cuatro conceptos principales:

PERSONA O PACIENTE, el receptor de los cuidados de enfermería, incluye individuo, familia, grupo y comunidades.

ENTORNO, es el medio interno y externo que afecta al paciente. Esto incluye a las personas de su entorno físico, como familiares, amigos y otras personas influyentes.

SALUD, el grado de estar bien o de bienestar que experimenta el paciente.

ENFERMERÍA, son los atributos las características y las acciones del personal de enfermería con el fin de proporcionar cuidado para el paciente o junto con este.

Debido a que estos cuatro conceptos se pueden superponer en casi cualquier trabajo de enfermería, se conocen colectivamente como un **METAPARADIGMA** para enfermería.⁷

El término se origina a partir de dos palabras griegas; meta, que significa “con”, y paradigma, que significa “modelo”.

Un único metaparadigma puede ser imposible, dada la diversidad de los puntos de vista mundiales expresados en los modelos de enfermería.

Quienes han teorizado tienen una filosofía de lo que es la profesión y su quehacer; dicha filosofía constituye el fundamento de su teoría y refleja el estado del conocimiento científico de la época en la cual fueron elaboradas.

6. Griffit JW, Christensen PJ. Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. México;1986:6

7. Kozier Bárbara. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. México;2004:39.

Los creadores de teorías tuvieron como base entre otras, las siguientes fuentes: su propia educación, su experiencia, la observación, la interacción con profesionales de enfermería y otras disciplinas y los conocimientos de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento.

Las teorías sirven de guía en los procesos de atención y son el fundamento para la aplicación del proceso científico. Brindan autonomía profesional porque orientan las funciones asistenciales, docentes e investigativas de la disciplina.

Cada teoría proporciona los criterios para dirigir la valoración, la organización y el análisis de los datos; la elaboración del diagnósticos, la planeación, ejecución y evaluación de la intervención de enfermería.

3.4 PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

Tras la aceptación de los estatutos de la Nanda, Marjory Gordón y la dirección de la junta directiva de comité para la taxonomía, inicio su trabajo de formulación y modificación de la tarea realizada hasta aquel momento que se introdujo el término de Patrón de respuesta humana en 1989, y en 1992 se sustituye por el término de patrones del hombre unitario que incluye nueve patrones funcionales.

Posteriormente en 1994, Marjory Gordón mediante estudios utilizo el término de Patrón funcional y clasifica 11 patrones funcionales, donde patrón es la configuración de un comportamiento secuencial en el transcurso del tiempo.

El juicio de si un patrón es funcional o disfuncional se realiza comparando los datos de la valoración dada:

- Situaciones básicas del individuo.
- Normas establecidas para cada edad.
- Normas culturales, sociales y otras.

Se afirma que el marco de trabajo que guía la practica debe ser abstracto. La valoración sistemática y predeterminada es un proceso intencionado basado en un plan para recoger y organizar la información. La tipología de los patrones funcionales de salud propuesta en la siguiente sección proporciona este plan.

Las áreas de los patrones funcionales de salud proporcionan un formato de valoración estándar para una base de datos básica con independencia de la edad, el nivel de cuidados o el trastorno médico de la persona.

La descripción y evaluación de los patrones de salud permiten a la enfermera identificar patrones funcionales(necesidades del cliente) y patrones disfuncionales(diagnósticos enfermeros) .

La lista de áreas de valoración utiliza el término patrón, que está definido como una configuración de comportamientos que ocurren de forma secuencial en el transcurso del tiempo.⁸

Lo que ocurre durante la recolección de información es la construcción del patrón a partir de las descripciones del cliente y de las observaciones de la enfermera.

La identificación de un patrón implica, atender a las observaciones y a las manifestaciones verbales de comportamiento, y darse cuenta de casos repetidos de comportamiento particular con el transcurso del tiempo o casos repetidos de sucesos o comportamientos.

Los patrones no son observables, se construyen mediante operaciones cognitivas sobre los datos de la valoración y siempre están abiertos a cambios debido a nueva información, están interrelacionados, estos son interactivos e independientes, ningún patrón puede ser entendido de forma aislada.

Pero ¿qué es un patrón de salud? Salud, definida dentro del contexto de los patrones funcionales, es el nivel óptimo de funcionamiento que permite a los individuos, familias o comunidades desarrollar su potencial al completo.⁹

La salud se mide en parámetros y normas combinada con una descripción subjetiva del cliente. La salud ideal está en consonancia con el potencial individual y permite que la intervención sea individualizada.

Tradicionalmente las formas de vida, o los patrones funcionales, han sido un eje importante de actividades enfermeras de promoción de salud, asistencia y rehabilitación.

En medicina la palabra función se usa para describir un proceso fisiológico, como la función respiratoria, cardíaca o mental.

Para Enfermería los patrones funcionales de salud, representan el funcionamiento humano integral, es incorrecto denominar a algunos patrones funcionales de salud fisiológicos y a otros psicosociales. Cada patrón es una expresión biopsicosocialespiritual.

La interacción entre el cliente y el entorno es esencial y es el hilo conductor entre todos los patrones funcionales. A partir de esta interacción, se desarrollan los patrones.

8,9. Marjory Gordón. Diagnóstico Enfermero, Proceso y Aplicación. México, Barcelona, Madrid;1996:78.

La interacción cliente – entorno es una parte integrante de la recolecta de información en cada patrón el crecimiento y desarrollo esta reflejado en cada uno de ellos.

Los patrones son el producto de factores de desarrollo: por tanto no hay un enfoque del desarrollo en la tipología funcional y dentro de la guía de valoración. Los patrones funcionales son un producto del entorno y la cultura.¹⁰

Los patrones son útiles cuando el eje esta en la salud y en el progreso hacia niveles superiores de bienestar. Son el producto de la interacción persona – entorno. Una valoración inicial de los patrones funcionales de salud de un cliente se obtiene a través de la historia de enfermería y el examen.

La valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras; es decir la valoración del paciente para llegar al diagnóstico enfermero.

Para llevar a efecto esta valoración, dentro del proyecto, se ha optado por utilizar una herramienta que pueda ser usada independientemente del modelo enfermero seguido. Así se eligió la propuesta de Marjory Gordón con sus Patrones funcionales (1982).

Los Patrones funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a la salud, la calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de manera secuencial a lo largo del tiempo.

La utilización de los patrones funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una gran cantidad de datos relevantes del paciente, de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos.

Patrón 1 ; Percepción – manejo de la salud

Describe como percibe el propio individuo la salud y el bienestar, y como maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación.

Se incluye en el las practicas preventivas de todo tipo, el apego a los tratamientos médicos o enfermeros prescritos y evitar o controlar prácticas sociales, perjudiciales para la salud.

10. Marjory Gordón. Diagnóstico Enfermero, Proceso y Aplicación. México, Barcelona, Madrid;1996:80.

Patrón 2 ; Nutricional – metabólico

Se determinarán las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo, y las posibilidades de disponibilidad de aquellos. También se explorará los posibles problemas de su ingesta.

Determinará las características de la piel , mucosas y su estado e indagará sobre talla, peso y temperatura.

Patrón 3 ; Eliminación

Describe la función excretora ya sea intestinal, urinaria y de la piel y todos los aspectos relacionados con ella, rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción y características de las excreciones.

Patrón 4 ; Actividad – ejercicio

Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo.

Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía.

Patrón 5 ; Sueño – descanso

Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.

Patrón 6 ; Cognitivo – perceptual

En el se describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo. Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección.

En este patrón también se determina la existencia o no de dolor, Se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.

Patrón 7 ; Auto percepción – auto concepto

Describe las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia si mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de

valía. Observa el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal, postura corporal, contacto visual.

Patrón 8 ; Rol – relaciones

Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral etc. Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo. Se dará importancia, al valorar este patrón, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales.

Patrón 9 ; Sexualidad – reproducción

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y asimismo, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.

Patrón 10 ; Adaptación – tolerancia al estrés

Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia. Incluye la reserva individual o la capacidad para retirarse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

Patrón 11 ; Valores – Creencias

Describe los patrones de valores, objetivos y creencias, incluidas las espirituales que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionadas con la salud.

3.5 EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Entre las profesiones del área de la salud, enfermería es la única cuyo objeto de estudio es la persona, en su totalidad, con la cual interactúa permanentemente como sujeto de atención.¹¹

3.5.1 CONCEPTO

El Proceso Atención de enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, familia y comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso Atención de enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática.

11. Marriner A. Modelos y teorías de Enfermería. Barcelona, 1989:305.

3.5.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El Proceso Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas, valoración, planeación y ejecución.

Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro etapas, valoración, planificación realización y evaluación; y Bloch (1974), Roy (1975),Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco etapas actuales al añadir la etapa diagnóstica.

El Procesos atención de enfermería es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Objetivos

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

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Ventajas

La aplicación del Proceso de enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente o paciente y sobre la enfermera; el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad.

El paciente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional de enfermería se produce un aumento de la satisfacción, así como la profesionalidad.

Características

- Tiene una finalidad, se dirige a un objetivo.
- Es sistemático, implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico, responde a un cambio continuo.

- Es interactivo, basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de salud.
- Es flexible, se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica : El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

3.5.3 ETAPAS DEL PAE

3.5.3.1 Etapa de Valoración. 12

Es la primera fase del proceso de enfermería, definiéndose como el proceso organizado y sistemático de recolección y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes.

La recolección de datos se puede hacer a través de:

Fuentes primarias; estas incluyen al paciente como , al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente.

Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Desde el punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción , para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de salud.

Para la recolección de datos se necesita:

- Conocimientos científicos sobre anatomía, fisiología, etc., y básicos que se refiere a la capacidad de la enfermera para tomar decisiones.
- Habilidad técnica e interprofesional.
- Convicciones; ideas creencias, etc.
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Tipos de datos

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

12. Iyer W. Patricia y Cols. Proceso de Enfermería y Diagnostico de Enfermería. México. Pág. 23.

Los datos pueden ser:

- Datos subjetivos; no se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica.
- Datos objetivos; se pueden medir por cualquier escala o instrumento.
- Datos históricos o antecedentes; son aquellos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento.
- Datos actuales; son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos

Entrevista clínica

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ellos obtenemos el mayor número de datos. Esta entrevista puede ser formal e informal, la primera consiste en una comunicación con un propósito específico, en el cual la enfermera realiza la historia del paciente.

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

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

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

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, Cuerpo y cierre:

Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

Cuerpo : La finalidad de la conversación se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía en otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recolección sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

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

La observación

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera- paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información, tanto del paciente, como de cualquier otra persona significativa y el entorno, así como de la interacción de estas tres variables.

La exploración física

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

La exploración física se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficiencia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

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

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

Palpación : Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, textura, temperatura, humedad, pulsos).Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudaran en la valoración.

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

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

3.5.3.2 Etapa de diagnóstico

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

Diagnóstico de enfermería real, se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar problema en el futuro.

Las funciones de enfermería tienen tres dimensiones:

- Dimensión dependiente de la práctica enfermera incluye problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud.
- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.

Los pasos de esta fase son:

Identificación de problemas con análisis de datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis, y la síntesis que es la confirmación o la eliminación de las alternativas.

Formulación de los problemas llamados Diagnósticos de enfermería.

Tipos de diagnóstico

Real : Representa un estado que ha sido clínicamente válido mediante características bien definidas principales e identificables. Consta de tres partes, formato PES; problema (P), etiología (E) , signos y síntomas. Estos últimos son los que validan el diagnóstico.

Alto riesgo : Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Consta de dos componentes: Problema (P) y etiología (E).

Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. Consta de : Problema (P) y etiología (E).

De bienestar : Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresados de la persona o del grupo por la Educación para la salud.

3.5.3.3 Etapa de planificación

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas:¹³

Etapas en el plan de cuidados.

- Establecer prioridades en los cuidados, seleccionar los problemas y/o necesidades que puedan poner en riesgo la vida o la integridad de la persona, familia y /o comunidad.
- Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia, como por parte de los profesionales. Proporcionan la guía común para el equipo de enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a una meta propuesta. Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles.
- Elaboración de las actuaciones de enfermería. Determinar las actividades, las acciones específicas en el plan de cuidados que corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o la familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u ordenes enfermeras que han de llevar a la practica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar; que, cuando, como, donde hay que hacerlo y quien ha de hacerlo.
- Documentación y registro es en donde va a quedar plasmado todos los cuidados e intervenciones que se han realizado en el paciente, para poder ser revisado continuamente y actualizar o modificar lo que sea necesario.

Documentación en el plan de cuidados de enfermería:

La ultima etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería, ello se obtiene mediante la documentación.

13. Iyer W. Patricia y Cols. Op.cit. Pág. 94.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith – Kenney y Christensen (1986), “es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones intervenciones y la evaluación de todo ello”.

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

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

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

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

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

De una u otra forma en la actualidad, todos los planes de cuidados utilizan estos documentos.

Tipos de planes de cuidados:

- Individualizados: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- Estandarizado: Según Mayers (1983), “un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad”.
- Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

3.5.3.4 Etapa de ejecución

Es la cuarta etapa del proceso atención de enfermería, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución implica las siguientes actividades enfermeras:

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

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

3.5.3.5 Etapa de evaluación

Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

La evaluación es un proceso que requiere de valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente.,estos deben ser interpretados, con el fin de poder establecer, conclusiones que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas de estudio.

La evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente, en relación a los objetivos marcados como resultado de la intervención enfermera, con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

4. PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente masculino de 32 años de edad originario y residente del Distrito Federal, soltero, pasante de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación actualmente empleado federal (Turissste).

Refiere iniciar con padecimiento actual en noviembre del 2004 con malestar general y cefalea intensa, el lo atribuía a que unos días antes le fueron aplicadas la vacuna de la influenza y neumococo, en su centro de trabajo.

Con estas molestias concluyo el año, y a principios de enero del 2005 comenzó con un resfriado fuerte que le impidió acudir a su empleo, le aplicaron lincocyn intramuscular que le ayudó a disminuir los síntomas aunque no a remitir el padecimiento.

Se incorpora a sus labores dos días después y a la hora de la comida se presentaron algunos síntomas extraños para él, como lo fueron ; cansancio al masticar los alimentos y dificultad para deglutir.

Esto le hizo acudir a medico particular que le diagnosticó una parálisis facial del lado derecho, se le dio tratamiento consistente en bedoyecta intramuscular.

Al día siguiente acude a clínica familiar del ISSSTE para confirmar el diagnóstico y así fue, el médico pidió seguir el tratamiento indicado por médico particular y le da un pase para clínica de rehabilitación para realización de terapias.

Esto no mejora la sintomatología al contrario se agrega un síntoma más, el cansancio al hablar que se agudizaba por las noches.

Al ver que la terapia no había ayudado en nada decide acudir nuevamente con médico familiar, el cual le da un pase para el servicio de Neurología en el Hospital Adolfo López Mateos.

Acude a su cita y el neurólogo le comenta estar confundido con su sintomatología pero le asegura que no se trata de una parálisis facial y necesita realizarle algunos estudios para poder darle un diagnóstico.

Continua con sus citas y estudios y en el mes de febrero después de realizarle una prueba de estimulación repetitiva el médico le da el diagnóstico de Miastenia Gravis, este le explica que es esta enfermedad en que consiste e indica inmediatamente el tratamiento a seguir el cual consistía en piridostigmina de 60 mg. 1 tab. cada 8hrs.

El médico le explica que aun con el medicamento los síntomas van a continuar aunque no en la misma intensidad y es necesario llevar un control de su padecimiento.

En el mes de abril del mismo año presenta disnea de medianos esfuerzos acude al servicio de urgencias en donde se le informa que tiene una faringoamigdalitis la cual es tratada y sale del problema el resto del año continua con resfriados pero sin llegar a la disnea.

El 25 de diciembre del 2005 inicia con disnea de pequeños esfuerzos, se siente sofocado, acude a médico particular y le diagnostica bronquitis, le indica antibiótico y nebulizaciones con las que mejora momentáneamente, durante la noche se agraban los síntomas y acude al servicio de urgencias del Hospital Adolfo López Mateos en donde se mantiene en observación se realizan estudios de rutina y es ingresado con diagnóstico de neumonía.

Se inicia tratamiento hospitalario, el día 26 cursa estable, el día 27 refiere despertar por falta de "aire" la cual se fue agrabando durante la tarde hasta llegar a la desesperación por sensación de asfixia, es valorado por médicos internistas y se le informa a él y a familiar que es necesaria una intubación orotraqueal ya que de lo contrario podría presentar un paro respiratorio.

Se realiza intubación e inicia asistencia ventilatoria, es trasladado al servicio de terapia intensiva. Durante 8 días se encuentra en este servicio reportándose como grave, el día 3 de enero del 2006 se retira ventilación mecánica en donde el médico observa estar presente el reflejo respiratorio y decide extubarlo.

El responde satisfactoriamente se mantiene estable y es trasladado a terapia intermedia donde continua con una mejoría notable. Pasa a piso, y el día 11 del mismo mes es dado de alta por mejoría.

Posteriormente continua con citas en el servicio de neurología y el médico le informa que debido a la gravedad de la crisis que presento en diciembre, debe ser valorado para realizarle una timectomía y es enviado al centro medico 20 de Noviembre.

El 25 de Mayo del 2006 acude a su cita al servicio de neumología donde se le realiza una primera valoración y el médico le indica que es candidato a timectomía por lo que el mismo día es ingresado al hospital para iniciar con estudios preoperatorios, concluyen estos estudios y el día 1° de junio es intervenido quirúrgicamente.

Posterior a la operación inicia con tos productiva y malestares propios de la cirugía los cuales son tratados hasta desaparecer completamente.

El resultado patológico del timo indica que no existía tumor ni alteración alguna, el médico le informa que hay que esperar como mínimo un año para observar los resultados de la operación y ser nuevamente valorado.

De junio del 2006 a la fecha ya no ha presentado cuadros de gripe ni infecciones en aparato respiratorio, la debilidad ha disminuido y solo ocasionalmente se acentúa pero no llegando a la incapacidad de ingerir alimentos , o hablar y mucho menos a dejar sus labores cotidianas.

Manifiesta sentir mucho menos el cansancio y espera que la cirugía le ayude mucho más.

5. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre : E.J.G. Edad : 32 años Sexo : Masculino

Lugar de residencia : Distrito Federal

Escolaridad : Licenciatura (pasante)

Ocupación : Empleado

Estado civil : Soltero

Patrón I Percepción-Manejo de la Salud

- 1.- ¿Como percibe su estado de salud? Regular
 - 2.- ¿Acude usted al médico? Si Cada cuando? Cada mes
 - 3.- ¿Qué actividades realiza que le ayuden a mantener su salud? Caminar y trata de comer lo mejor posible
 - 4.- ¿Se lava los dientes? Si ¿Cuántas veces al día? Tres
 - 5.- ¿Con qué frecuencia se baña? Diario
 - 6.- ¿Cada cuando se cambia de ropa? Diario
 - 7.- ¿Asiste a reuniones sociales (amigos, familiares, grupos)? Si, pero con menor frecuencia que antes
 - 8.- ¿Usted fuma? No ¿Cuántos cigarros al día? ¿Desde Cuando? _____
 - 9.- ¿Consume o ha consumido alguna droga? No ¿Cual? _____
- ¿Cuál fue la razón? _____

10.- ¿Toma bebidas alcohólicas? No
¿Cada cuando? _____ ¿Desde cuando? _____

11.- ¿Conoce usted actualmente su tratamiento medico? Si

¿En que consiste? Toma ½ tableta de mestinon cada 4 horas.

12.- ¿Normalmente realiza el tratamiento medico completo? Si

En caso negativo ¿Cual es la razón? _____

13.- ¿Utiliza medicamentos sin indicación médica? Si ¿Cuales? Mejoral

14.- ¿Tiene alguna alergia? Si ¿A que? a los mariscos

15.- ¿Tiene animales domésticos? Si ¿Cuales? perro y canarios

16.- ¿Tiene plantas en el interior de su casa? Si ¿Cuales? De hornato

17.- ¿Existe algún factor de riesgo para la salud y especifíquelo? en:

Casa No Trabajo No Comunidad No

OBSERVAR

Aseo personal: adecuado Postura: erguido

Vestido limpio y arreglado Expresión de tristeza

Aspectos externos _____

Patrón II Nutricional-Metabólico

1.-¿Cuántas comidas realiza al día? tres cuando su padecimiento se lo permite, y cuando es demasiada la debilidad solo una

¿Donde acostumbra comer? en una cocina económica y en casa

2.-Diga que alimentos consumió ayer en:

Desayuno: juugo de naranja con un sándwich

Comida pechuga empanizada con ensalada y agua

Cena un vaso de leche con pan dulce

3.- ¿Que líquidos consume? agua de fruta, refresco , te, café, agua simple.

¿En qué cantidad? 1 litro al día de agua de fruta o simple y otros en menor cantidad

4.- ¿Es usted alérgico a algún alimento? Si

¿Cual es? A los mariscos ¿Como se le manifiesta? con ronchas en el cuerpo y sensación de cerrársele la garganta

5.- ¿Durante su estancia en el hospital ha seguido la dieta? Si

¿En caso negativo Cual ha sido la razón? La debilidad no le permite comer todo

6.- ¿Le esta prohibido algún alimento? No ¿Cual? _____
¿Cual es la razón? _____

7.- ¿Ha notado cambios en los últimos meses de su peso? Si
¿Cuanto ha ganado o perdido? perdido 10 Kg.

8.- ¿Consumo frecuentemente alimentos enlatados? No
¿Cuales? _____
¿Con que frecuencia? _____

9.- Actualmente presenta alguno de estos síntomas? Perdida de apetito, Nauseas, Vomito, Agruras, Mucha sed, Regurgitación del alimento, Dificultad para comer, Calambres, Dolor abdominal.
¿A que lo atribuye? Dificultad para comer, y en algunas ocasiones siente que se atraganta con la comida no la puede deglutir secundario a su padecimiento

10.- Ha notado cambios en: Piel Sequedad, Lesiones, Cambio de color Otros
Especificar lugar y extensión cicatrices de escaras en parte inferior de las piernas

¿Las heridas tardan en cicatrizar? No ¿Cuanto Tiempo? _____
Cabello Reseco, Se le cae constantemente, Tiene las puntas separadas, Caspa, cambio de color. ¿A que lo atribuye? No
Uñas, Cambio de color, Quebradizas, Manchas, Descamación,
Especificar lugar y tipo de lesión No

Patrón III
Eliminación

URINARIA

1.- ¿Cada cuando orina? cuatro veces al día
Características normales

2.- ¿Presenta alguna de estas manifestaciones? Disuria No
Nicturia No Tenesmo vesical No Urgencia para Orinar No Oliguria No
Poliuria No Hematuria No
Coluria No Proteinuria No Piuria No Glucosuria No
Retención Urinaria No
Incontinencia No otros _____ (especificar) _____

3.- Utiliza algunos de los siguientes dispositivos para la función urinaria:
Sonda vesical No Diálisis Peritoneal No ¿Cual es la Razón? _____

Observar y describir características microscópicas: orina amarillo claro en cantidad regular

INTESTINAL

1.- ¿Cada cuando evacua? dos o tres veces al día
Características normales

2.- Existe alguna razón personal que le dificulte la evacuación? No
¿Presenta usted algunos de los siguientes problemas? Esfuerzo para defecar No
Flatulencia No Dolor al defecar No Constipación No
No distensión abdominal Si Urgencia para defecar No
No Hemorroide Si Fístulas rectales No Otros _____ (especificar) _____

3.- ¿Tiene instalada una? Colostomia No Ileostomia No
Especificar _____

Patrón IV
Actividad Ejercicio

1.- ¿Tiene alguna dificultad para movilizarse fuera de su cama? Si _____ No X
Especifique _____

2.- ¿Su marcha es estable? Si X No ___ ¿Su equilibrio es estable? Si X No ___
Especifique _____

3.- ¿Tiene usted algún trastorno? Muscular X Articular ___ Parálisis ___
Especifique la causa padece Miastenia Gravis

4.- ¿Su fuerza muscular en las extremidades inferiores y superiores es?
Normal X Disminuida ___ Especificar: Solo en caso de actividades extenuantes disminuye

VALORAR

Capacidad percibida en el paciente para: Comida/Bebida: 1

Baño/Aseo dental: 1

Vestido/Arreglo personal: 1

Uso del wc: 1

Movilidad en cama: 1 Traslado: 1

De ambulación: 1

Todas estas actividades las puede realizar, solo cuando hay exacerbación de los síntomas del padecimiento esto se le dificulta ya que la debilidad aumenta pero no llega a limitarlo completamente

1.- Independiente 2.- Ayuda de otra persona 3.- Incapacitado 4.- Necesita apoyo

Función Cardíaca: Frecuencia 92 X Identificar presencia de:
Bradicardia ___ Taquicardia ___ Tensión arterial: T/A 130/90 mm/Hg
Identificar presencia de Cefalea No Desvanecimiento
No Palidez No Sudoración Si Debilidad Si Fosfenos No
Acúfenos No

Especificar: presenta debilidad al realizar actividades extenuantes en miembros superiores e inferiores y en músculos de la deglución y masticación al hablar demasiado.

Función respiratoria: Frecuencia 18 X Identificar la presencia de tos ___
Taquipnea ___ Disnea ___ Cianosis ___ Aleteo Nasal ___
Tiraje intercostal ___ Retracción xifoidea ___ Ortopnea ___
Estertores ___ Sibilancias ___ Respiración por la boca ___
Especificar: Presenta disnea cuando se agudizan los síntomas o cuando tiene infecciones respiratorias

Identificar presencia de traqueotomía ___ Oxigenoterapia ___ Apoyo ventilatorio ___ otro: _____

Patrón V
Sueño - Descanso

- 1.- ¿Habitualmente cuantas horas duerme? 7 horas
- 2.- ¿El estar hospitalizado le impide dormir? Si ¿A que causa lo atribuye?
a nerviosismo y a lo incierto que es el ambiente del hospital
- 3.- ¿Con frecuencia tiene dificultad para dormir? solo esporádicamente
¿A que lo atribuye? al exceso de comida por la noche
¿Que hace para poder dormir? escucha el radio
- 4.- ¿Se siente descansado después de dormir? Si
- 5.- ¿Acostumbra la siesta durante el día? No ¿De cuanto tiempo? _____
Identificar la presencia de Bostezo _____ Cansancio _____ Dormita durante el día _____
Irritable _____ Otro: _____

Patrón VI
Cognitivo-Perceptual

- 1.- Tiene alguna dificultad para: Ver No Oír No Oler No Recordar Si
Identificar alimentos No
Especificar: olvida realizar algunas actividades por estar pensando en su padecimiento o por nerviosismo
- 2.- ¿Se le dificulta aprender cosas respecto a su tratamiento? Si
- 3.- ¿Le cuesta trabajo tomar decisiones respecto a su tratamiento? Si
- 4.- ¿Tiene algún dolor? Si ¿Donde? en las extremidades por cansancio
Especificar características: sensación de pesadez y falta de fuerza

VALORAR:

Estado de conciencia conciente, cooperador, tranquilo
Orientación orientado en sus tres esferas

Patrón VII
Auto percepción-Auto concepto

- 1.- ¿Como se describe a si mismo; es decir en su forma de ser? serio, tímido
en este momento inseguro e incapaz de seguir adelante

2.- ¿Realmente se han producido cambios en su cuerpo? Si ¿Cuales?
principalmente en la forma de hablar si se fatiga mucho ya no lo puede hacer con claridad

3.- ¿En las cosas que puede hacer se han producido cambios? Si ¿Cuales?
hacer ejercicio ya no lo hace con regularidad, ya no frecuente de igual forma que antes a sus amigos

4.- ¿Los cambios representan un problema para usted? Si ¿Por qué?
porque se ha alejado de sus amistades por el padecimiento, siente que puede ser rechazado o criticado por ellos

5.- ¿Sus sentimientos por si mismo han cambiado? Si ¿En que forma?
se siente mal con el mismo siente que no vale como persona y que las personas que lo rodean sienten lastima por el, en ocasiones el mismo se insulta sin poder controlarse

6.- ¿Algún evento de su vida le ha provocado cambios en sus emociones? Si
¿Cual? la noticia de su padecimiento y saber que es lo que puede ocurrirle

7.- ¿La alteración de la salud le ha provocado problemas emocionales? Si

8.- ¿Cuál de los siguientes estados de animo son más frecuentes en usted?
Miedo X Enfado X Alegría _____ Aburrimiento _____ Enojo _____
¿Con que lo relaciona? con su padecimiento y la impotencia que siente al no poder hacer nada

VALORAR

Contacto visual fija ocasionalmente desvía la mirada Patrón de voz fuerte
Postura corporal erguido

Calificar del 5 al 1

Cliente nervioso	<u>4</u>	Relajado	<u>2</u>
Cliente asertivo	<u>5</u>	Pasivo	<u>3</u>

Patrón VIII Rol-Relaciones

1.- ¿Cuántas personas integran su familia? seis

2.- ¿Como considera su relación con la familia? buena

3.- ¿Ha ocurrido algún problema familiar que le haya sido difícil de tratar? Si ¿Cual? explicar su padecimiento ya que no lo aceptan del todo

- 4.- ¿Con quien comenta sus problemas? con su mamá
- 5.- ¿Como soluciona sus problemas? platicándolas con su familia
- 6.- ¿La familia u otros dependen de usted para alguna cosa? No
Explicar _____
- 7.- ¿Que cambios ha experimentado su familia por su situación actual de salud? todavía no entienden del todo su padecimiento y no saben como apoyarlo, eso provoca fricciones entre ellos y malos entendidos.
- 8.- ¿Tiene amigos cercanos en quien pueda confiar? Si ¿Quienes?
en un amigo de la universidad
- 9.- ¿Como se relaciona con sus compañeros de trabajo o escuela? a través de la platica y la convivencia
- 10.- ¿Participa activamente en las actividades de su comunidad? No tanto
- 11.- ¿Se siente parte del barrio donde vive? Si
- 12.- ¿Pertenece a algún grupo social de ayuda? No ¿Cual? _____

OBSERVAR

La interacción de los miembros de la familia se interesan por el paciente están al pendiente de lo que necesita pero admiten que no conocen lo suficiente del padecimiento y eso les da miedo y no saben como tratarlo

Los roles de cada uno de los integrantes cada uno desempeña su rol aunque con la presencia del padecimiento han surgido cambios que provocan miedo e incertidumbre

Patrón IX Sexualidad-Reproducción

- 1.- ¿Vida sexual activa? Si, esporádicamente Especificar en caso afirmativo: tipo y número de parejas dos, heterosexuales
- 2.- ¿Conoce algún método de planificación familiar? Si Especificar: condón masculino, pastillas, DIU
- 3.- ¿Que método de planificación familiar practica? condón masculino
- 4.- ¿Conoce como se previenen las enfermedades de transmisión sexual? Si

Especifique: con el uso del condón

FEMENINO

¿Se ha realizado el papanicolau? _____ ¿Hace cuanto? _____ ¿Con que frecuencia se lo realiza? _____

¿Practica usted la autoexploración mamaria? _____ ¿Con que frecuencia se la realiza? _____

MASCULINO

¿Se practica usted autoexploración de genitales? No ¿Con que frecuencia? _____ ¿Ha notado algún cambio? _____

¿Le han practicado examen de la próstata? _____ ¿Hace cuanto tiempo? _____

¿Que resultados presento? _____

Patrón X

Tolerancia-Manejo del estrés

1.- ¿Que preocupaciones ha despertado en usted la enfermedad y la hospitalización? el poder morir, le da miedo lo que podrá pasarle al siguiente día y lo que ya no podrá hacer

2.- ¿Que esta usted haciendo para sobrellevar la enfermedad y la hospitalización? tomar sus medicamentos, evitar enfermedades respiratorias, aunque en ocasiones ya no quiero nada y quisiera que esto se acabara

VALORAR:

Ansiedad, miedo y depresión _____ miedo y depresión presentes _____

Alejamiento X Tristeza X Agresividad o enojo X Insomnio _____

Desesperanza X Anorexia _____ Negociación para recibir tratamiento _____

Susplicia sobre los cuidados o tratamientos _____

Mantener siempre prendida la luz _____ Querer la compañía permanente de alguien _____ Demanda excesiva de cuidados _____ Actitudes para llamar la atención _____

Patrón XI

Valores-Creencias

1.- ¿Que tipo de religión profesa usted? católica

2.- ¿Su estancia en el hospital le ha puesto en conflicto religioso? No
Señale usted la razón _____

3.- ¿Existe alguna forma en que le pueda apoyar? Si Especificar: aclarando las dudas que tiene respecto al padecimiento

VALORACIÓN FÍSICA

1.- Datos clínicos

Edad 32 años Estatura 1.82m. Peso 92Kg (real/aproximado)
Temperatura: central 37°C Periférica 36.4°C

2.- Respiratoria/circulatorio

Frecuencia 18 por min. Calidad Profunda Superficial
Rápida Dificultosa Dolor Otras

Tos: no si /describir en ocasiones con secreción hialina

Expectoración:

no si describir hialina

Sibilancias: no si

Auscultación:

Lóbulo der. Sup. Ventilado disminuido ausente ruidos anormales

Lóbulo izq. Sup. Ventilado disminuido ausente ruidos anormales

Lóbulo der. Inf. Ventilado disminuido ausente ruidos anormales

Lóbulo Izq. Inf. Ventilado disminuido ausente ruidos anormales

Pulso: Frecuencia 86 por min. Intensidad Ritmo

Pulso pedio derecho: Fuerte Débil Ausente

Pulso pedio izquierdo: Fuerte Débil Ausente

Tensión arterial: Brazo derecho 130/80 mm/Hg Brazo izquierdo 130/90 mm/Hg

Sentado De pie Decúbito

3.- Tegumentaria

Piel

Color: sonrosada pálida cianótica ceniza ictericia

Otras

Temperatura: caliente fría

Turgente endurecida flácida

Hidratada seca otra

Alteraciones:

Edema: no si localización, extensión

Hematoma: no si Localización, extensión

Enrojecimiento: no si Localización

Extensión

Lesiones:

hematoma excoriaciones nódulos Costras

Cicatrices vitiligo otras

Localización en tórax anterior por Timectomia y en miembros inferiores por escaras

Pelo
Brillante X opaco _____ resequedad _____ alopecia _____
Tiña _____ quebradizo _____ despigmentado _____
Pediculosis _____ otros _____

Uñas
Rosadas X cianosis _____ palidez _____ traslúcidas _____ convexas _____
Limpias X sucias _____ cortas X largas _____ otros _____

Boca
Encías: hidratadas X deshidratadas _____
Coloración:
rosadas X enrojecidas _____ otras _____
Lesiones: inflamación _____ sangrantes _____ placas blancas _____
Dientes: completa si _____ no X piezas faltantes 2 muelas _____
Piezas dañadas _____ prótesis no _____
Si _____ no X Coloración aperlada _____ higiene adecuada _____
Lengua: roja X saburral _____ inflamada _____ otro _____
Garganta: enrojecimiento X inflamación _____

Abdomen
Ruidos intestinales: presentes X ausentes _____
Alteraciones: cicatrices _____ globoso _____ estrías _____
Erupciones _____ dolor _____ hernias _____ masas palpables _____
Megalias _____

4.- Neurosensorial

Ojos
Pupilas: iguales X desiguales _____
Reactivas a la luz: izquierda _____ derecha _____
Alteraciones: edema _____ exoftalmos _____ blefaritis _____ orzuelo _____
Conjuntivitis _____ lagrimeo _____ hundimiento _____ cataratas _____
Eritema _____ estrabismo _____ otros _____
Utiliza lentes: si _____ no X _____

5.- Músculo esquelético

Amplitud del movimiento: completa X limitada (región) _____ otra _____
Equilibrio y marcha: estable X inestable _____
Presión con las manos: (fuerte/débil) derecha débil _____ izquierda fuerte _____
Parálisis no _____
Músculos de las piernas: (fuerte/débil) derecha fuerte _____ izquierda fuerte _____
Parálisis no _____

ANALISIS DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

La valoración se llevo a cabo de manera directa mediante la exploración física e indirecta mediante un interrogatorio apoyado en un instrumento de valoración de enfermería, de acuerdo a los 11 Patrones funcionales de Marjory Gordón, encontrándose los siguientes patrones alterados.

Patrón II Nutricional –Metabólico

Refiere realizar 3 comidas al día, de las cuales dos las realiza fuera de casa por su horario de trabajo estas las realiza en una cocina económica, refiere ser adecuada en calidad y cantidad, es alérgico a los mariscos y esta se manifiesta con prurito intenso urticaria y sensación de falta de aire.

En el ultimo año ha perdido alrededor de 10kg. ya que tiene dificultad para masticar los alimentos y deglutirlos por su padecimiento, refiere en ocasiones realizar las tres comidas pero en menor cantidad ya que el cansancio no le permite comer y en ocasiones siente que el alimento le provoca sensación de “ahogo” y por ello aprovecha cualquier momento en que se sienta bien para comer cualquier cosa, no importando el horario que sea.

En cuanto a su piel esta hidratada de coloración rosada, cabello hidratado limpio, tiene cicatrices por escaras en tobillos de ambas extremidades.

Patrón IV Actividad – ejercicio

No tiene dificultad para moverse su marcha es estable, tiene una alteración muscular por su padecimiento Miastenia Gravis que en realidad se le acentúa en músculos de la cara.

En ocasiones tiene debilidad en extremidades superiores pero esto no le impide ser independiente en su arreglo personal como lo es baño, aseo dental, vestido, uso de wc, etc. Tiene movilidad y deambula sin ayuda.

Su frecuencia cardiaca es de 86 por min. Tensión arterial de 130/80 mm./Hg. Presenta debilidad en músculos de la masticación, deglución habla y extremidades superiores.

Su frecuencia respiratoria es de 18 por min. Presenta tos ocasional, respiración por la boca ya que refiere a menudo sentir la nariz congestionada.

Patrón VI
Cognitivo – Perceptual

Paciente orientado en sus tres esferas conciente, cooperador, refiere tener dificultad para recordar algunas actividades y le cuesta trabajo aprender algunas cosas y tomar decisiones respecto a su tratamiento, sobre todo por lo poco común que es este.

Refiere tener dolor en extremidades superiores sobre todo en las manos debido al cansancio que le provoca su padecimiento.

Patrón VII
Auto percepción – Autoconcepto

Se describe como una persona seria tímida, su padecimiento ha aumentado estas características pues ha cambiado su cuerpo sobre todo le afecta en la forma de relacionarse ya que si está cansado no puede hablar con claridad, ya no realiza actividades con la misma regularidad como hacer ejercicio, esto lo ha aislado un poco ya que prefiere no dar explicaciones a nadie de su padecimiento, esto le ocasiona enfado por no ser una persona “ normal” en ocasiones siente pena y prefiere alejarse.

Durante el interrogatorio mantiene fija la mirada pero al mencionar su padecimiento la desvía y se llenan los ojos de lágrimas, su voz es fuerte su postura erguida, en algunas preguntas se pone nervioso pero contesta de manera asertiva.

Patrón VIII
Rol – relaciones

Su familia está compuesta por seis integrantes incluido él, la relación es buena, le ha costado trabajo aceptar la separación de sus padres y ahora su padecimiento, le cuesta hablar con su mamá de sus problemas, ha cambiado un poco la relación con la familia ya que todavía algunos miembros de ella no comprenden su padecimiento y esto provoca fricciones entre ellos.

Cuenta con un amigo cercano de la universidad en quien puede confiar y platicarle sus problemas, trata de relacionarse con sus compañeros de trabajo a través de la plática o creando una amistad.

Dentro de su comunidad no participa mucho en las actividades ya que no le gusta mucho el ambiente o en ocasiones no se siente a gusto.

Los integrantes de la familia tratan de apoyarlo de estar cerca de él cuando lo necesita, cuando lo pide y sobre todo tratan de entender su padecimiento aunque no para todos es fácil.

Patrón X

Tolerancia – manejo del estrés

Después de su padecimiento ha despertado en él la preocupación y el miedo a morir, trata de sobrellevar su enfermedad platicando sus sentimientos sus angustias a su mamá, toma puntualmente sus medicamentos y trata de cuidarse lo más posible evitando las cosas que le hacen daño, aunque esto refiere observar que no es suficiente a veces se desespera y preferiría ya no hacer nada.

Se observa miedo y depresión presentes, su mirada refleja tristeza y desesperanza al mencionar su enfermedad y al pensar en lo que le puede pasar, refiere tener miedo por su mamá que es la que más lo ha visto mal, no quiere que sufra por lo que él tiene pero tampoco puede evitar sentirse mal.

Después de haber analizado, los datos obtenidos durante la valoración de los 11 patrones funcionales, se diseñó el siguiente plan de atención, con el cual se espera dar solución a las alteraciones encontradas.

6. PLAN DE ATENCIÓN

6.1 PATRÓN X TOLERANCIA – MANEJO DEL ESTRÉS

DIAGNÓSTICO	FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Desesperanza e impotencia relacionados con no aceptar padecer Miastenia Gravis, manifestado por referencias verbales del paciente “ ya no puedo, no quiero nada”.</p>	<p>La miastenia gravis es una enfermedad crónica a menudo progresiva consiguiente a una alteración en la transmisión del impulso nervioso a las fibras musculares que ocasiona una debilidad muscular de intensidad variable, que puede ser ligera o bien poner en peligro la vida por fallo de la musculatura respiratoria.</p> <p>Los síntomas pueden variar de intensidad durante un periodo de tiempo, incluso pueden sentirse bien durante el día y que-</p>	<p>El paciente será capaz de enfrentar y aceptar su padecimiento, y encontrará alternativas que beneficien su estado de salud tanto físico como emocional, y enfocará su energía a cosas que lo hagan sentir útil.</p>	<p>Establecer una relación enfermera paciente basada en la confianza.</p> <p>-Escuchar con atención al paciente, evitando interrupciones innecesarias.</p> <p>-Establecer contacto visual, comprensivo y afectuoso.</p> <p>-Desarrollar una actitud de profundo respeto humano por el paciente.</p> <p>Estimular la verbalización de los sentimientos, utilizando toda oportunidad para reforzar la</p>	<p>Una atención basada en la comprensión, en el sincero y genuino deseo de acercamiento emocional, aceptación y apoyo, estimula el comportamiento para disminuir, controlar o eliminar problemas emocionales o espirituales. Esto constituye la piedra angular de todo tratamiento psicoterapéutico.</p> <p>La función de la psicoterapia de apoyo por medio de la verbalización de las emociones, basada en la</p>	<p>El paciente se mostró interesado en la ayuda que se le brindo pudimos establecer una relación que le permitió sacar un poco de sus sentimientos aunque todavía sigue confuso, menciona no saber que sentir o pensar, por el momento logré convencerlo de buscar ayuda profesional y en este momento acude a sesiones con un psicólogo y seguiré al pendiente de el si necesitará mi</p>

	<p>dar totalmente inmovilizados por la tarde.</p> <p>Por tal motivo los pacientes suelen estar preocupados, angustiados y nerviosos por la incertidumbre que conlleva el padecimiento, puede caer ante la depresión, el enojo y la frustración.</p>		<p>sensación de comprensión empática, esto incrementará la intensidad de la relación emocional.</p> <p>Reforzar continuamente la realidad con señalamientos pertinentes y en algunas ocasiones con consejo directo de discriminación de estímulos y toma de decisiones.</p>	<p>confianza puede clarificar la vigencia de los verdaderos sentimientos en juego, ayudando al paciente a reconocerlos y asimilarlos, y en consecuencia facilitar su descarga a través de las vías normales de expresión, lo cual resulta mejor aún si el paciente encuentra aceptación comprensiva.</p> <p>Cuando un paciente esta agobiado por sus conflictos, con frecuencia su sentido de crítica y percepción de la realidad se alteran, generando así más angustia y, como consecuencia, un gradual desconcierto frente a las</p>	<p>ayuda.</p>
--	---	--	---	---	---------------

			<p>Alentar el sentimiento de esperanza real, enfatizando lo positivo y buscando mejores opciones.</p> <p>Satisfacer la necesidad de dependencia y combatir el sentimiento de soledad, fijando un esquema regular de citas, que le permitan sentir la seguridad de que, en la fecha indicada contará</p>	<p>decisiones</p> <p>El afrontamiento de un aspecto de la vida personal que es incontrolable puede facilitarse reconociendo los aspectos positivos. Por el contrario la esperanza de curación hace que el paciente y sus allegados tengan ilusiones falsas, experimenten estados de ansiedad o depresión.</p> <p>Es necesario considerar que todo paciente afectado en el ámbito psicológico esta necesitando de un punto de apoyo que le ofrezca seguridad consistente, esta disipa la ansiedad del paciente, haciéndolo sentir</p>	
--	--	--	---	--	--

		<p>con un tiempo y espacio dedicado a él y a encontrar nuevas alternativas. Haciéndole énfasis de que si necesita ayuda antes de la cita puede llamar y contará con la ayuda.</p> <p>Combatir el sentimiento de “no puedo” y alentar la autoafirmación enfatizando las veces que sea posible, que el problema no radica en que no puede, sino en que no sabe como resolver la situación.</p> <p>-Proponer nuevas rutas de salida y estimular al paciente a que las ensaye.</p>	<p>verdaderamente acompañado y dependiente en el ámbito terapéutico, ya que en ocasiones los pacientes presentan ideas suicidas por la soledad e impotencia que sienten frente a su padecimiento.</p> <p>La intensidad del estrés depende no tanto de los factores estresantes reales que lo causan, sino de cómo el paciente percibe la situación y, particularmente, de su sentimiento de impotencia para alterarla en contra suya o en su beneficio. Todo éxito logrado en esta tarea deberá ser recompensado en forma verbal y afectiva lo que</p>	
--	--	--	--	--

			<p>Combatir los falsos conceptos del padecimiento y aclarar dudas que tenga el paciente del mismo mediante una sesión de preguntas y respuestas.</p>	<p>aumentará su autoestima y capacidad de aceptación.</p> <p>Tomarse el tiempo necesario para cumplir con la tarea de informar en las primeras entrevistas alivia el sufrimiento del paciente, brindando apoyo y tranquilidad que el conocimiento real de la situación brinda. La función educativa del personal de salud se convierte en fundamental instrumento, debiendo utilizarse todo material educativo que permita asegurar que el paciente comprende la naturaleza de su trastorno y de su conducta.</p>	
--	--	--	--	---	--

			<p>Alentar a la socialización y aumentar la realización de actividades placenteras para él y así utilizar de forma adecuada el ambiente que lo rodea.</p>	<p>Toda psicoterapia es un proceso educativo de socialización que por si misma es terapéutica. Por ello es conveniente que el paciente pueda reasumir actividades placenteras que antes de la enfermedad le eran cotidianas y en caso de no poder realizarlas buscar nuevas áreas de recreación, estas permiten neutralizar los estímulos externos que funcionan como fuentes de estrés así se podrá combatir el sedentarismo y el pensamiento de ideas "malas" o inadecuadas.</p>	
			<p>Animar al paciente a apreciar al máximo cada</p>	<p>Dirigir los pensamientos puede dar fuerzas y ser</p>	

			<p>momento, cada día.</p> <p>Ayudar al paciente a identificar el objetivo de su vida, basado en lo que el quiere inspirar en los demás:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Modelo para los demás. -Amor -Consejo. <p>Recomendar al paciente busque asesoramiento profesional de un especialista.</p>	<p>formativo incluso en momentos difíciles, se valora lo que se tiene y no lo que ya no esta o no estará.</p> <p>La persona enferma puede proporcionar algo positivo a los demás; un ejemplo de cómo vivir con una enfermedad crónica y como controlar un padecimiento.</p> <p>El tratamiento continuado puede estar indicado como ayuda para la adaptación.</p>	
--	--	--	--	--	--

6.2 PATRÓN VII AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO

DIAGNÓSTICO	FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Trastorno de la autoestima, relacionado con no aceptar padecer Miastenia Gravis, manifestado por referencias verbales negativas sobre si mismo y aislamiento.	<p>La miastenia gravis es una enfermedad crónica y progresiva que ocasiona cambios tanto físicos como psicológicos. Los pacientes suelen estar preocupados por la evolución de la enfermedad.</p> <p>El paciente experimenta inicialmente una fatiga anormal, esta produce alteraciones visuales, como ptosis, diplopía, menor cierre ocular y visión borrosa.</p> <p>La debilidad de los músculos bulbares da lugar a anomalías del habla y la deglución como; disartria, disfonía y</p>	El paciente aceptará su padecimiento y se aceptará a si mismo, expresando sentimientos positivos hacia él.	<p>Hablar a menudo con el paciente y tratarle de forma cariñosa y positiva.</p> <p>Animar al paciente a expresar sus sentimientos a través de la charla de ideas acerca de:</p> <p>Enfermedad Evolución Pronóstico Efectos sobre el estilo de vida Sistemas de apoyo Tratamiento</p> <p>Proporcionar información exacta y aclarar los conceptos equivocados.</p>	<p>El contacto frecuente con el cuidador indica una aceptación y puede facilitar la confianza.</p> <p>Animar al paciente a compartir sus sentimientos puede proporcionar una exteriorización segura de los temores y frustraciones pudiendo mejorar el conocimiento personal.</p> <p>Los conceptos erróneos pueden aumentar innecesariamente la ansiedad y perjudicar el auto concepto</p>	<p>Se realizaron dichas actividades logrando que el paciente entienda que no es fácil lo que le pasa pero que si busca nuevas alternativas logrará poco a poco adaptarse.</p> <p>El paciente menciona tener más confianza en él y asegura que tratará de volver a quererse a si mismo y tratará de aceptar su padecimiento aunque cree que no será fácil, por el momento ya</p>

	<p>negativa y sus sentimientos son de inferioridad, culpabilidad, inutilidad, tristeza, impotencia y rabia.</p>		<p>actividades. -Conseguir ayuda para las actividades menos importantes o cansadas. -Usar técnicas de ahorro energético.</p> <p>Comentar la posibilidad de compartir el diagnóstico con amigos o compañeros de trabajo y contactos sociales.</p> <p>Comentar las situaciones a través de las cuales el paciente puede conocer a otras personas en situación similar.</p>	<p>necesidad de otras personas.</p> <p>El diálogo abierto con otras personas les previene sobre posibles crisis pudiendo reducir el shock que supone presenciar una, y posiblemente permitir que proporcionen asistencia , además de confirmar la aceptación del paciente.</p> <p>Compartir con otros en situaciones similares puede dar al paciente un punto de vista más realista sobre el padecimiento.</p>	
--	---	--	--	--	--

			Remitir a un paciente de riesgo a un profesional, para asesoramiento.	El tratamiento continuado puede estar indicado como ayuda para la adaptación.	
--	--	--	---	---	--

6.3 PATRÓN VI COGNITIVO – PERCEPTUAL

DIAGNÓSTICO	FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Afrontamiento individual ineficaz relacionado con no aceptar padecer Miastenia Gravis, manifestado por falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación, cambios en las relaciones interpersonales y comunicación.</p>	<p>La miastenia gravis es un padecimiento impredecible, la sintomatología puede variar durante el día, por la mañana el paciente puede estar bien y por la tarde quedar totalmente inmovilizados, esta situación los mantiene en constante estrés emocional y a la expectativa de lo que sucederá.</p> <p>Esto les ocasiona falta de confianza en ellos, se sienten inseguros, la sintomatología que se manifiesta en el padecimiento los hace sentir incómodos y</p>	<p>El paciente recuperará la confianza de si mismo, identificando sus recursos disponibles creando respuestas adecuadas para afrontar su situación.</p>	<p>Dar al paciente oportunidades de expresar sus preocupaciones.</p> <p>Proporcionar apoyo y decirle que sus sentimientos son normales.</p> <p>Determinar la respuesta habitual del paciente a los problemas.</p>	<p>Proporcionar a la enfermera la oportunidad de corregir la información errónea y ratificar lo difícil de la situación permitirá al paciente sentir que alguien lo comprende.</p> <p>La enfermera tiene que ser consciente del impacto que tiene el padecimiento sobre la imagen corporal del paciente, el concepto que tiene de si mismo y el interés por las actividades sociales.</p> <p>Es importante determinar si el paciente habitualmente</p>	<p>El paciente esta en un proceso de adaptación, ya que durante largo tiempo estuvo sin ayuda, espero que lo poco que pude hacer con el le sirva y continúe con el especialista para poder seguir adelante en su proceso de recuperar la confianza.</p> <p>El paciente menciona, que le ha servido mucho platicar y tratar de expresar sus sentimientos aunque en ocasiones no es</p>

	<p>avergonzados, lo que los conduce a aislarse de las personas y no querer establecer comunicación alguna.</p> <p>Todo ello incapacita al paciente para llevar a cabo una correcta identificación de los agentes estresantes y elegir adecuadamente las respuestas utilizando los recursos disponibles.</p> <p>El paciente responde con conductas que inhabilitan sus propias capacidades para afrontar eficazmente las actividades necesarias para la adaptación a los cambios de salud.</p>		<p>Analizar como percibe el paciente los efectos del padecimiento sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> -El trabajo. -Responsabilidades -Relaciones -Actividades de ocio y recreo. 	<p>intenta cambiar su propia conducta para controlar los problemas, o espera que otras personas o factores externos los controlen.</p> <p>Como enfermedad crónica que habitualmente provoca complicaciones, requiere un régimen terapéutico de por vida, la Miastenia normalmente desencadena sentimientos de vulnerabilidad y falta de control, afectando el estilo de vida, la personalidad y el bienestar emocional global del paciente. La debilidad puede interferir en la capacidad del paciente para trabajar y divertirse.</p>	<p>fácil y se siente más confiado en que alguien le ayude a buscar opciones ya que el reconoce que se enfoca más en los aspectos negativos y esto le impide ver mejores opciones, pero espera poder hacerlo solo en poco tiempo.</p>
--	---	--	--	--	--

			<p>Ayudar al paciente a identificar las fuerzas y factores personales.</p> <p>Ayudar al paciente a jerarquizar las actividades y organizarlas en los momentos en que normalmente tiene más fuerza.</p> <p>Ayudar al paciente a identificar componentes de la situación que puedan controlarse o mantenerse como:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bienestar. -Programa de cuidados. -Relación y comunicación de la familia. 	<p>Indicar al paciente que no se centre solo en las limitaciones ya que pueden perjudicar su autoestima.</p> <p>La programación puede ayudar al paciente a participar en actividades que fomenten la sensación de valía y dignidad personal.</p> <p>La pérdida de poder en una área puede contrarrestarse con la introducción de otras fuentes de poder o control.</p>	
--	--	--	---	--	--

			<p>Fomentar una resolución eficaz de los problemas desdoblado las actividades en partes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Asuntos que hay que resolver ahora. -Cuestiones que requieren tiempo para solucionarse. -Cuestiones que no pueden cambiarse. <p>Comentar la necesidad de aceptar ayuda de otras personas y delegar algunas tareas.</p> <p>Animar al paciente a identificar aquellas actividades que sean personalmente importantes y programarlas para cuando tenga más</p>	<p>Puede establecerse una sensación de control desdoblado la situación en partes que puedan controlarse.</p> <p>Es posible que el paciente necesite ayuda para evitar el agotamiento, pero no significa que no pueda encargarse de otras.</p> <p>Si el paciente realiza personalmente actividades importantes se fomentarán sentimientos de valía personal y dignidad.</p>	
--	--	--	---	--	--

			<p>fuerza.</p> <p>Animarle a expresar lo que opina y lo que le preocupa con sus familiares y allegados.</p> <p>Ayudar al paciente a reconocer la necesidad de las relaciones sociales</p> <p>Comentar la posibilidad de compartir el diagnóstico con amigos compañeros de trabajo y contactos sociales.</p>	<p>La comunicación franca puede ayudar a conocer el apoyo brindado por los demás.</p> <p>Un paciente con alteraciones físicas, puede alejarse de la familia, amigos y demás contactos sociales por miedo al rechazo y la burla; el diálogo abierto puede ayudar a conseguir el apoyo de los demás.</p> <p>El diálogo abierto con otras personas les previene sobre posibles crisis emocionales pudiendo reducir el shock que supone presenciar una posible recaída y posiblemente</p>	
--	--	--	---	---	--

			<p>Ayudar a la formulación y aceptación de objetivos realistas a corto y largo plazo.</p>	<p>permitir que proporcionen asistencia.</p> <p>La mutua fijación de objetivos refuerza el rol del paciente a la hora de mejorar su propia calidad de vida.</p>	
--	--	--	---	---	--

6.4 PATRÓN VIII ROL – RELACIONES

DIAGNÓSTICO	FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Afrontamiento familiar ineficaz, relacionado con conocimientos insuficientes o comprensión inadecuada sobre la enfermedad, manifestado por desesperanza y enojo.	<p>La miastenia gravis es una patología poco frecuente y de etiología aún desconocida, pero se considera una enfermedad auto inmune.</p> <p>Por tal motivo es difícil la comprensión del padecimiento, se requiere de un estudio profundo para llegar a comprender su actuación y desenvolvimiento durante un largo tiempo, aunque en ocasiones es difícil para la familia y para el mismo paciente ya que no tiene los conocimientos suficientes, los miembros de la</p>	Que el paciente y su familia obtengan los conocimientos suficientes que les permitan actuar de manera eficaz ante la presencia de una crisis.	<p>Valorar mediante un pequeño cuestionario los conocimientos del paciente y su familia, respecto a una crisis, cuales son sus características, que las desencadena y que debe de hacerse cuando se presenta.</p> <p>Mediante una clase brindar la información al paciente y su familia, sobre las características de la enfermedad, esto hará que comprendan mejor los cambios funcionales que experimenta el paciente.</p>	<p>Una adecuada valoración permite al personal de enfermería conocer en que aspectos existen las fallas y formular intervenciones dirigidas a resolver el problema de manera específica.</p> <p>Una información pertinente hará que se comprenda la situación y se tome de mejor manera, evitando el miedo y la angustia innecesaria que ocasionaría una crisis.</p>	La familia obtuvo los conocimientos necesarios que le permiten entender un poco más a su paciente, refieren sentirse un poco más tranquilos ya que el no saber “nada” les angustiaba y no sabían como reaccionar ante una situación difícil, mencionan que pondrán todo de su parte para salir adelante con su paciente y esperan con ello mejorar su relación como

	<p>familia no saben como reaccionar ante el paciente.</p> <p>Esta falta de conocimientos y las reacciones a la enfermedad por parte del paciente y su familia generan estrés, incertidumbre y miedo al padecimiento, provocan intensa ansiedad que es difícil de controlar.</p> <p>En las familias y pacientes más experimentados el afrontamiento de una enfermedad que cambia crónicamente, pueden poner a prueba hasta a la persona más equilibrada.</p> <p>La comprensión</p>		<p>Informar acerca de las crisis signos y síntomas de alarma, corregir conceptos equivocados.</p> <p>Explicar los signos y síntomas que deben notificarse a un profesional de la salud como :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Agravamiento de los síntomas como; debilidad, espasticidad, alteraciones visuales. -Aumento de la temperatura. -Cambio en los patrones de la micción u orina turbia y mal oliente. -Tos productiva con esputo verduoso. 	<p>Como comprende el paciente y su familia las crisis y el régimen farmacológico prescrito, influyen en el cumplimiento de este.</p> <p>La detección precoz permite una rápida intervención para reducir las complicaciones. El agravamiento de los síntomas puede anunciar una exacerbación producida también por alguna infección.</p>	<p>familia.</p> <p>Con ello se confirma que la mejor ayuda ante una situación difícil es la comunicación entre el paciente, la familia y el personal de salud.</p>
--	---	--	---	--	--

	<p>inadecuada o los conocimientos insuficientes del problema interfieren en la efectividad de las conductas de apoyo o ayuda.</p>		<p>Proporcionarles información acerca del tratamiento farmacológico.</p> <p>Comentar los factores que se sabe desencadenan la exacerbación como lo son :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fatiga sin motivo o excesivo esfuerzo. -Exposición a temperaturas extremas. 	<p>Deben recalcar ciertas precauciones para garantizar un tratamiento farmacológico seguro y eficaz. La brusca interrupción puede provocar agravamiento de los síntomas así como el abuso del mismo provoca una crisis. La identificación precoz de estos problemas permite una rápida intervención para evitar graves complicaciones.</p> <p>Esta información proporciona al paciente y su familia una idea de los aspectos de la enfermedad que pueden controlarse pudiendo fomentar una sensación de control y su adecuado</p>	
--	---	--	--	---	--

			<p>-Infecciones -Baños de agua caliente -Fiebre -Tensión emocional.</p> <p>Explicar los riesgos de la infección y los modos de reducir los riesgos como:</p> <p>-Evitar el contacto con personas infectadas -Inmunizarse contra gripe o neumococo, si el médico lo autoriza. -Comer una dieta bien equilibrada y descansar lo suficiente. -Beber 2000ml. de líquido al día a no ser que este contraindicado.</p> <p>Enseñar la importancia de un</p>	<p>cumplimiento.</p> <p>Las infecciones menores pueden producir serios problemas en un paciente con miastenia gravis. La inmunización concede protección contra las infecciones, la nutrición y el reposo adecuados fomentan una buena salud general aumentando la resistencia a la infección y una hidratación adecuada evita una orina concentrada con altos niveles de bacterias.</p> <p>El control del estrés reduce las</p>	
--	--	--	--	--	--

			<p>control y una reducción constructiva de estrés, explicar medidas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Técnicas de relajación progresiva. -Autoentrenarse -Interrupción del pensamiento -Técnicas para recuperar la firmeza. -Concentración mental dirigida. <p>Informar y proporcionar material para ayudar al paciente y a la familia a mantener los objetivos y el control en casa, a través de fuentes como; centros de asistencia y cruz roja.</p> <p>Evaluar mediante el</p>	<p>exigencias y los conflictos internos y externos, liberando energía para funciones más positivas.</p> <p>Un paciente y familia que piensa que cuenta con buenos apoyos puede afrontar mejor múltiples tensiones asociadas a una enfermedad crónica debilitante.</p> <p>La evaluación nos</p>	
--	--	--	--	--	--

			<p>mismo cuestionario con que se realizó la valoración, los conocimientos que ahora se tienen respecto a la actuación de los familiares y el paciente en una crisis.</p>	<p>permite confirmar si la información que se dió fue adecuada y comprendida por la familia y el paciente, y nos da la seguridad de que su apoyo y respuestas ante una situación grave serán eficaces y oportunas, o por el contrario se tendrá que reforzar y aclarar situaciones o datos mal comprendidos.</p>	
--	--	--	--	--	--

DIAGNÓSTICO	FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Alteración de los procesos familiares relacionado con alteración del estado de salud de un miembro de la familia, manifestado por fricciones y enojo.	<p>El afrontamiento de una enfermedad que cambia crónicamente puede resultar difícil para los miembros de la familia.</p> <p>Los familiares que habitualmente dan apoyo al individuo responden ante un cambio de salud con ayudas insuficientes o conductas inadecuadas para las necesidades de adaptación de la situación.</p> <p>Pueden aparecer problemas en las relaciones llegándolas a percibir como insatisfactorias, sobresalen sentimientos negativos o desagradables, que</p>	El paciente y su familia expresarán métodos de afrontamiento que demuestren que controlan la situación, desarrollarán patrones de comunicación eficaces para cubrir sus necesidades.	<p>Transmitir una comprensión de la situación y de su impacto en la familia.</p> <p>Analizar como perciben los familiares la situación, fomentar la exteriorización de los sentimientos de culpa y cólera.</p> <p>Determinar si los patrones para enfrentar la situación son eficaces.</p> <p>Tomar medidas para fomentar las</p>	<p>Comunicar una comprensión y una sensación de cariño y preocupación facilita la confianza reforzando la situación entre enfermera, paciente y su familia.</p> <p>La exteriorización puede propiciar oportunidades de aclaración y ratificación de los sentimientos y preocupaciones contribuyendo a la unidad familiar.</p> <p>La enfermedad de un familiar puede provocar grandes cambios haciendo que la familia corra un gran riesgo de mala adaptación.</p> <p>Esto puede ayudar a mantener la</p>	La convivencia diaria y la comprensión entre los miembros de la familia fue lo principal que se logró en estas intervenciones, no es fácil la adaptación ya que nunca se habían enfrentado a algo parecido, pero ahora comprenden que hay alternativas y que si buscan ayuda será más fácil encontrarlas, como se mencionó antes, están en un proceso de adaptación pero existe lo principal en

	<p>interfieren en la efectividad de las conductas de apoyo o ayuda.</p> <p>La unidad familiar es un sistema basado en la interdependencia entre los miembros y los patrones que proporcionan estructura y apoyo. La enfermedad crónica en un familiar altera estas relaciones y patrones.</p>		<p>fuerza familiares como:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reconocer la ayuda de los familiares. Involucrar a los familiares en los cuidados del paciente. -Fomentar que este un tiempo alejado de la persona que le cuida para evitar el hastío. -Fomentar el humor mediante juegos, salidas a lugares que le agrade a toda la familia. <p>Ayudar a reorganizar los distintos roles en la casa, establecer nuevas prioridades y redistribuir las responsabilidades.</p> <p>Preparar a la familia para los</p>	<p>estructura familiar existente y su función como unidad de apoyo.</p> <p>Planificar y jerarquizar puede ayudar a mantener la integridad familiar y a reducir el estrés.</p> <p>La orientación anticipada puede</p>	<p>ellos que es la disposición para salir adelante.</p>
--	---	--	--	--	---

			<p>signos de depresión, ansiedad, cólera y dependencia en el paciente y otros miembros de la familia.</p> <p>Animar a la familia a seguir su relación con familiares amigos, en busca de apoyo emocional o de otro tipo.</p> <p>Identificar mecanismos disfuncionales de adaptación como: -Negación continua -Explotación de uno o más familiares. -Separación o evitación.</p>	<p>alertar a las personas de los posibles problemas antes de su aparición, permitiendo una rápida intervención en cuanto aparezcan los primeros signos.</p> <p>La ayuda externa puede ayudar a reducir la idea que la familia tiene “ que pasarla sola”, sin apoyo alguno.</p> <p>Una familia con antecedentes de afrontamiento ineficaz puede necesitar otras ayudas. Una familia con problemas sin resolver corre más riesgo de convertirse en una familia disfuncional.</p>	
--	--	--	--	--	--

6.5 PATRÓN II NUTRICIONAL - METABÓLICO

DIAGNÓSTICO	FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Nutrición alterada inferior a las necesidades corporales relacionada con dificultad para la masticación y deglución, manifestado por perdida de 10Kg. de peso.</p>	<p>La miastenia gravis se caracteriza por la fatiga anormal de los músculos voluntarios, que afecta específicamente a los músculos oculares, bulbares, respiratorios y de las extremidades.</p> <p>La debilidad de los músculos bulbares da lugar a anomalías del habla y la deglución, como disartria, disfonía y disfagia.</p> <p>El paciente puede tener cada vez más problemas para masticar y deglutir, puede perder peso e incluso atragantarse al comer, lo que</p>	<p>El paciente mantendrá un peso corporal normal y tendrá energía suficiente para realizar sus actividades cotidianas.</p>	<p>Enseñar estrategias concretas de conservación de energía como :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hacer pequeñas y frecuentes comidas. -Disminuir el habla antes de que vaya a tomar alimentos. <p>Ayudar a identificar patrones energéticos, pedirle al paciente que puntúe su fatiga en una escala de 0 a 10 en donde 0 = nada cansado y 10 = agotado, esto en todas las horas durante 24 horas.</p>	<p>Estas estrategias permiten continuar con la alimentación y mantener una nutrición adecuada.</p> <p>Identificar las horas de máxima energía y agotamiento puede facilitar la planificación de los horarios de alimentos para aumentar la capacidad de masticación y deglución que le permitan al paciente nutrirse adecuadamente.</p>	<p>El paciente mediante estas intervenciones ha logrado planificar su energía, ya realiza las comidas de manera más frecuente y lo hace de manera adecuada, refiere sentirse con fuerza durante el día y ha recuperado peso, ahora entiende que solo es cuestión de saber como organizarse y que puede lograr adaptarse a los cambios.</p>

	<p>provoca una disminución en la ingesta y por consiguiente, alteración de la nutrición.</p>		<p>Proporcionarle una dieta de acuerdo a sus gustos y capacidad de deglución, en situaciones de mayor debilidad se puede brindar una dieta blanda, indicándole que solo cambiará la consistencia y no sus gustos.</p> <p>Recomendar una dieta con alto contenido proteico y calórico.</p>	<p>La adecuada alimentación en cantidad y calidad basada en los gustos del paciente permite una nutrición equilibrada, una dieta de consistencia blanda o líquida permite una deglución de la misma sin problema y evita que el paciente se atragante con la comida.</p> <p>Una dieta rica en proteínas y alto contenido calórico previene la atrofia muscular en pacientes con miastenia gravis ya que por la fatiga y debilidad a veces excesiva que experimentan estos pacientes, no pueden realizar ejercicios</p>	
--	--	--	---	--	--

			<p>Recomendar la ingesta de algún complemento alimenticio líquido, indicado por el médico, que le ayude a tener una mejor nutrición.</p> <p>Indicar al paciente que si existe mayor problema para la deglución en horario de alimentos, tome el medicamento 30 minutos antes de</p>	<p>extenuantes que les permitan conservar una adecuada masa muscular.</p> <p>Los complementos y/o suplementos alimenticios están indicados para todo tipo de personas que presenten desnutrición proteicoenergética o estén en riesgo de presentarla debido a padecimientos que les impidan una alimentación adecuada como lo puede ser en este caso la Miastenia Gravis.</p> <p>Las dosis orales de medicamentos anticolinesterásicos empiezan a actuar al cabo de 30 minutos y su efecto dura de 3 a 4 horas lo que le permitiría una mejor</p>	
--	--	--	---	---	--

			<p>estos.</p> <p>Recalcar la importancia de no suspender el tratamiento.</p> <p>Indicar al paciente que este atento al aumento de la dificultad para deglutir.</p>	<p>alimentación y deglución.</p> <p>Seguir el tratamiento farmacológico puede ayudar a evitar o reducir los síntomas.</p> <p>Si la debilidad es creciente, hay mayor dificultad para la deglución y va acompañada de debilidad de los músculos respiratorios se puede desencadenar una crisis.</p>	
--	--	--	--	--	--

DIAGNÓSTICO	FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Riesgo de bronco aspiración relacionado con trastorno de la deglución.	<p>La miastenia gravis es una enfermedad neuromuscular que se caracteriza por fatiga anormal de los músculos voluntarios, la debilidad es de intensidad variable que puede ser ligera o bien poner en peligro la vida por fallo de la musculatura respiratoria.</p> <p>Se puede observar la dificultad en la masticación, la deglución y la respiración así como la debilidad en la voz. El paciente puede tener cada vez más problemas para masticar y atragantarse al comer.</p> <p>Cuando se presenta</p>	Disminuir al máximo el riesgo de bronco aspiración	<p>Enseñar al paciente a valorar su función bulbar que influye en :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reflejo del vomito. -Observación de la capacidad para deglutir agua o saliva. -Estudio de la calidad de voz <p>Pedirle al paciente que este atento a su dificultad para deglutir y evitar tomar alimentos cuando esta sea mayor.</p>	<p>La debilidad que se presenta en la miastenia gravis puede ser progresiva durante el día, la dificultad para deglutir aumenta , incluso el paciente puede estar tan débil que al tomar agua se le sale por la nariz, al no poder tragarla produciéndose una aspiración , pero mediante una adecuada valoración esta se puede evitar.</p> <p>La miastenia ocasiona debilidad que dificulta la deglución al grado que el paciente puede atragantarse con el alimento, si la debilidad es creciente hay mayor dificultad para la deglución y va acompañada de</p>	<p>Estas actividades las lleva a cabo de manera cotidiana, sabe que debe estar al pendiente de los aspectos mencionados en las intervenciones, planifica sus periodos de descanso y pide ayuda cuando siente menor fuerza, evita cansarse innecesariamente y acude al médico si lo considera necesario.</p> <p>Hasta el momento por fortuna no se ha presentado debilidad extrema que</p>

	<p>una crisis miasténica esta da lugar a un aumento de la severidad de la sintomatología de base, sobre todo una marcada incapacidad para deglutir o para respirar lo que podría ocasionar broncoaspiración.</p>		<p>Indicarle al paciente que si existe mayor problema para la deglución en horario de sus alimentos, tome el medicamento 30 minutos antes de estos.</p> <p>Comentar la importancia de los ejercicios de fortalecimiento y estiramiento de los músculos faciales y respiratorios, consultar a un fisioterapeuta.</p> <p>Recalcar la importancia de seguir el</p>	<p>debilidad de los músculos respiratorios, se puede desencadenar una crisis.</p> <p>Las dosis orales de medicamentos anticolinesterásicos empiezan a actuar al cabo de 30 minutos y su efecto dura de 3 a 4 horas lo que le permitiría una mejor deglución y alimentación.</p> <p>El ejercicio puede impedir que exista debilidad por falta de utilización de los músculos. Los ejercicios de músculos faciales pueden mejorar los problemas con el habla y la deglución.</p> <p>Seguir el régimen farmacológico puede ayudar a evitar o a</p>	<p>condicione la presencia de esta complicación.</p>
--	--	--	---	---	--

			<p>tratamiento.</p> <p>Indicarle al paciente que si nota agravamiento en la deglución el habla y la respiración, debe acudir de inmediato al médico.</p>	<p>reducir los síntomas.</p> <p>Cualquier cambio en estos aspectos puede deberse a un empeoramiento de la enfermedad o el inicio de una crisis que debe ser controlada por el médico para evitar complicaciones y recordar que el reposo puede mejorar los síntomas pero no eliminarlos.</p>	
--	--	--	--	--	--

6.6 PATRÓN IV ACTIVIDAD - EJERCICIO

DIAGNÓSTICO	FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Alto riesgo de respiración ineficaz relacionada con disfunción neuromuscular y fatiga de los músculos respiratorios.	<p>La miastenia gravis se caracteriza por debilidad y fatiga muscular que afecta a distintos grupos de músculos. La debilidad empeora con la actividad y mejora con el reposo.</p> <p>La fatiga afecta especialmente a los músculos oculares, respiratorios y de las extremidades. Los músculos respiratorios presentan un patrón que corresponde a una neumopatía restrictiva con reducción de las presiones estáticas máximas y de la capacidad vital forzada, produciéndose</p>	El paciente aprenderá técnicas de conservación de energía para poder hacer frente a tareas cotidianas, obligaciones laborales y llevar una actividad normal identificando situaciones que ponen en riesgo su vida.	<p>Enseñarle al paciente a valorar su función pulmonar e identificar cambios importantes que incluyen :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tomar frecuencia respiratoria. -Identificar presencia de secreciones. -Sensación de falta de aire o ahogo. <p>Informar técnicas de control para el padecimiento.</p> <p>Comentar los factores que se desencadenan las</p>	<p>La miastenia gravis al causar debilidad ocasiona alteraciones a nivel respiratorio, cualquier cambio que se produzca en la frecuencia respiratoria, el uso de los músculos accesorios en la respiración es indicador de que algo esta mal a nivel pulmonar y precisa de atención inmediata.</p> <p>Comprender puede ayudar a mejorar el cumplimiento y a reducir las exacerbaciones.</p> <p>Esta información proporciona al paciente una idea de los aspectos de la</p>	<p>El paciente ha tomado conciencia de todo lo que le perjudica, sabe ahora lo que tiene que evitar y lo que tiene que hacer con respecto a su padecimiento.</p> <p>Refiere sentirse un poco más tranquilo ya que antes no se le había mencionado tan detalladamente lo que le perjudicaba y no sabia como reaccionar ahora se siente un poco más seguro ya que sabe a lo que debe de estar</p>

	<p>disnea e insuficiencia respiratoria aguda llegando a requerir ingreso hospitalario.</p> <p>Los pacientes con miastenia gravis manifiestan empeoramiento de la debilidad muscular con infecciones recurrentes, fiebre, agotamiento físico o emocional.</p>		<p>exacerbaciones como :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fatiga sin motivo o excesivo esfuerzo. -Exposición a temperaturas extremas. -Infecciones -Baños de agua caliente. -Fiebre. -Tensión emocional. <p>Ayudar a identificar patrones energéticos pedirle al paciente que puntúe su fatiga en una escala de 0 a 10 en donde 0 = nada cansado y 10 = agotado, esto todas las horas durante 24 horas.</p> <p>Ayudar al paciente a programar y coordinar los procedimientos y actividades para</p>	<p>enfermedad que puede controlarse pudiendo fomentar una sensación de control y su adecuado cumplimiento.</p> <p>Identificar las horas de máxima energía y agotamiento puede facilitar la planificación de actividades para aumentar la conservación energética y la productividad.</p> <p>El paciente necesita periodos de descanso antes o después de algunas actividades.</p>	<p>atento y sobre todo que no todo lo que le pasa es malo o necesariamente grave pero que si es importante saberlo.</p> <p>Refiere sentirse más seguro de salir a trabajar y siente que puede controlar sus "malas ideas, y sobre todo se siente útil por no dejar de realizar sus actividades.</p>
--	--	--	--	---	---

		<p>acoplar los patrones energéticos.</p> <p>Enseñarle los principios generales sobre la conservación de energía como :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Planificación previa. -Establecer prioridades. -Programar periodos de reposo intermitentes. -Descansar antes de realizar tareas difíciles y detenerse antes de notar fatiga. <p>Enseñar estrategias concretas de conservación de energía como :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hacer pequeñas y frecuentes comidas. -Disminuir las 	<p>La planificación puede proporcionar un reposo adecuado y reducir el gasto innecesario de energía.</p> <p>Estas estrategias permiten continuar con las actividades, contribuyendo a una autoestima positiva.</p>	
--	--	--	--	--

		<p>tareas difíciles a lo largo de toda la semana.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dividir las actividades en partes y delegar algunas tareas en otros <p>Enseñar la importancia de un control y una reducción constructiva de estrés explicando medidas como :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Técnicas de relajación progresiva. -Autoentrenarse. -Interrupción del pensamiento. -Técnicas de recuperación de firmeza -Concentración mental dirigida. <p>Recomendar al paciente que haga ejercicio que pueda</p>	<p>El control del estrés reduce las exigencias y los conflictos internos y externos liberando energía para funciones más positivas.</p> <p>El ejercicio regular puede evitar que los músculos pierdan su</p>	
--	--	---	--	--

			<p>tolerar, 3 a 5 veces por semana por lo menos 30 minutos cada sesión.</p>	<p>buen estado, también : -Aumenta la fuerza muscular. -Mejora la coordinación y destreza. -Mejora la flexibilidad. -Aumenta el peristaltismo -Aumenta la capacidad para tolerar el estrés. -Proporciona sensación de control que reduce la impotencia .</p>	
			<p>Recalcar la importancia de seguir el tratamiento.</p>	<p>Seguir el régimen farmacológico puede ayudar a reducir los síntomas.</p>	
			<p>Detectar y tratar precozmente las infecciones de vías respiratorias.</p>	<p>Las infecciones de las vías respiratorias altas suponen un peligro para el paciente con miastenia gravis, puesto que la</p>	

			<p>debilidad muscular dificulta la capacidad de la tos para eliminar las secreciones de las vías aéreas produciéndose complicaciones como neumonía.</p> <p>Algunos fármacos desencadenan una crisis y deben evitarse como ; neomicina, quinidina, pronestil, quinina, fenobarbital, clindamicina, kanamicina entre otras. Se debe acudir al médico antes de tomar cualquier fármaco para evitar algo inesperado.</p> <p>Para una atención oportuna y precisa es necesario conocer lo grave de la situación y una</p>	
		<p>Advertir al paciente que la toma de medicamentos sin receta o sin la aprobación del médico tiene peligros.</p> <p>Recomendar al paciente que utilice un brazalete de identificación que indique su</p>		

			padecimiento.	identificación ayuda a ocupar el tiempo disponible de forma adecuada y evita que se ponga en peligro la vida del paciente con acciones incorrectas.	
--	--	--	---------------	---	--

Lynda Juall Carpenito. Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. México;1994.
 Beare Myers. Enfermería Medico – Quirúrgica. Vol. III. 3ª. Edición. Harcourt Mosby. México;1998.

7. PLAN DE ALTA

Lo que se pretende es mantener el máximo nivel posible de capacidad funcional. La mayoría de los pacientes pueden llevar una vida plenamente normal, aunque algunos pacientes experimentan una remisión permanente, la mayoría requieren algún tipo de tratamiento ambulatorio prolongado.

El personal de enfermería debe reforzar constantemente las instrucciones cerca de la medicación. La mayoría de los pacientes bien controlados regulan por si solas sus dosis de anticolinesterásicos y conocen perfectamente sus efectos secundarios de los inmunosupresores.

Hay que recalcar al paciente de los peligros de tomar fármacos sin receta o cualquier medicamento que no tenga la aprobación del especialista.

Se le recomendará al paciente que utilice un brazalete o placa que indique la alerta medica refiriéndose a su padecimiento.

Se revisarán cuidadosamente con el paciente y su familia los planes de urgencia, ya que las crisis se pueden presentar sin previo aviso.

Todos los pacientes que siguen presentando síntomas deben aprender técnicas de conservación de energía para poder hacer frente a las tareas domésticas y a las obligaciones laborales, y poder reanudar su actividad normal.

Indicar al paciente y la familia que son capaces de manejar la situación adecuadamente y pueden controlarla en su domicilio, pero siempre existe personal que estará apoyándolos en cualquier situación.

Indicarle al paciente que no deje la ayuda del especialista (psicólogo) ya que estas sesiones le ayudaran a salir adelante a enfrentarse mejor a la situación por la que esta pasando y le ayudara sobre todo a tener una mejor calidad de vida.

8. CONCLUSIONES

En el carácter general de la formación profesional mediante la realización de este trabajo, tiene como finalidad ampliar y profundizar en los temas referentes al cuidado de los individuos y las comunidades. Por ello es necesario llevar cabo los procedimientos y poner en práctica los conocimientos adquiridos, durante esta etapa, no solo para el desarrollo de habilidades y destrezas en el manejo del paciente, sino también para brindar servicios de alta calidad y con un amplio sentido de responsabilidad en el ejercicio de sus funciones.

Por ello el Proceso Atención de Enfermería como herramienta fundamental de la profesión constituye un apoyo importante en la comprensión de la enfermería como ciencia del cuidado que requiere tener bien sustentadas sus bases.

Si bien es cierto que la profesión se apoya en muchas de las ciencias de la salud dedicadas a corregir alteraciones del individuo, la enfermería no solo se enfoca a ello, sino que valora todo lo que conforma a este, lo ve desde el aspecto holístico, lo que indica que no se puede desdoblar en partes para su estudio, toma en cuenta su parte física, emocional, social y espiritual, para dar respuestas a las necesidades derivadas de sus diferentes problemas y alcanzar un nivel óptimo de bienestar.

El presente Proceso Atención de Enfermería realizado a un paciente con alteración de sus patrones funcionales secundario a Miastenia Gravis, cumplió con el objetivo principal planteado al inicio de este trabajo que era:

Que el pasante de la Carrera de Licenciado en Enfermería y Obstetricia adquiriera conocimientos mediante la elaboración de un Proceso Atención de Enfermería para el desarrollo de habilidades y destrezas en el manejo del paciente, al proporcionar atención continuada en el Proceso de Salud – Enfermedad.

En general los cuidados otorgados resultaron benéficos tanto para el paciente como para su familia.

El paciente como la familia han manifestado tener cierta sensación de control sobre el padecimiento, refieren sentirse un poco más tranquilos ya que nunca se habían atrevido a analizar la situación en la que se encontraban después de saber el diagnóstico, se sentían inquietos ya que no conocían lo suficiente del padecimiento y sentían estar perdiéndose como familia.

Ahora se sienten capaces de preguntar, de enfrentarse a lo que vendrá, y están seguros de poder resolverlo o al menos tratar de hacerlo, saben que todo lo que sienten es normal pero que hay que exteriorizarlo para encontrar posibles soluciones y darse la oportunidad de volver a ser una familia como cualquier otra.

Todo el proceso por si solo fue difícil ya que al tener un paciente que no solo requería ayuda física sino emocional, lo hacia más complicado, una dolencia o

alteración física uno puede hacer todo lo que esta a su alcance para ayudarlo ocupa equipo nuevo, sofisticado de alta tecnología . pero cuando esta mal emocionalmente ¿Como hacer para que recupere sus ganas de vivir de salir adelante de encontrar algo que lo motive para continuar con su vida por más dura que esta sea?.

Lo que me deja como enseñanza la realización de este trabajo es que no podemos jugar a ser dios, y solo nos queda brindar lo mejor de nosotros, no podemos menospreciar ningún aspecto que para otros es importante y solo nos queda ejercer la profesión de manera responsable, con una actitud siempre de servicio y no dejando de lado al ser humano que es un todo.

9. BIBLIOGRAFÍA:

Collier MF. **Promover la vida; por Loreto Rodríguez Méndez.** Interamericana. México; 1982.

Kossier Bárbara. **Fundamentos de Enfermería, conceptos, proceso y práctica.** Mc Graw Hill Interamericana. 7ª edición. México, 2004.

Atkinson L, Murria ME: **Proceso de Atención de Enfermería.** Mc Graw Hill, Interamericana 5ª edición. México; 1996.

Gordón Marjory. **Diagnóstico Enfermero, Proceso y Aplicación.** Mosby Doyma. 3ª edición. México ; 1996.

Gordón Marjory. **Manual de Diagnósticos Enfermeros.** Editorial Else Vier. 10ª edición. España ; 2003.

Beare Myers. **Enfermería Médico – Quirúrgica.** Vol. III. 3ª edición. Harcourt Mosby. México; 1998. Págs. 993 – 999.

Renato D. Alarcón, Guido Mazzotti, Humberto Nicolini. **Psiquiatría.** Manual Moderno. 2ª edición. México ;2005. Págs., 630 – 635.

Fornes J. **Enfermería de la salud Mental y Psiquiatría.** Planes de Cuidados Editorial Panamericana. México ; 2005. Págs. 11 – 21.

Juall Carpenito, Lynda. **Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería.** Editorial Interamericana, Mc Graw Hill. México; 1994.

Drachman DB. **Myasthenia Gravis.**N. Engl J Med. 1994;330: 1797- 8102.

Engel A G. **Myasthenic Syndromes.** In Engel AG, Franzini – Armstrong C, eds. Myology. Zed New York: Mc Graw Hill; 1994.p.1798 – 1835

10. ANEXOS

10.1 MIASTENIA GRAVIS

10.1.1 CONCEPTO

La palabra Miastenia Gravis se deriva de las palabras griego y latín, que significa ; debilidad muscular grave.

La Miastenia Gravis es una enfermedad auto inmune que se caracteriza por presentar debilidad muscular fluctuante y fatiga de distintos grupos musculares. Los responsables del fallo en la transmisión sináptica que producen las manifestaciones clínicas son los anticuerpos dirigidos contra los receptores nicotínicos de acetilcolina de la membrana postsináptica en la unión neuromuscular.

10.1.2 EPIDEMIOLOGÍA

La miastenia Gravis afecta a individuos de todas las edades , con una predilección en mujeres entre los 20 y 40 años y varones entre la sexta y séptima décadas de la vida. La Miastenia Gravis neonatal afecta a un 15% de los niños de madres miasténicas.

10.1.3 FISIOPATOLOGÍA

Los músculos voluntarios de todo el cuerpo son controlados por impulsos nerviosos que nacen del cerebro, estos impulsos viajan por los nervios hacia el lugar donde estos se unen con los músculos; las fibras nerviosas no se conectan directamente con los músculos, existe un espacio entre las terminales nerviosas y las fibras musculares que se conoce como unión neuromuscular.

Cuando el impulso nervioso originado en el cerebro llega la terminal nervioso, este libera una sustancia química llamada acetilcolina, esta viaja a través de este espacio hacia el lado muscular de la unión neuromuscular donde se encuentran los receptores de la acetilcolina.

Los músculos se contraen cuando una cantidad necesaria de receptores son activados por la acetilcolina. En la miastenia Gravis se considera que existe una reducción del 80% de los receptores, esta reducción es causada por un anticuerpo que destruye o bloquea a estos.

Los anticuerpos son proteínas que juegan un papel importante en el sistema inmune, normalmente estos anticuerpos son dirigidos contra proteínas extrañas denominadas antígenos que atacan al cuerpo humano, estas proteínas incluyen a virus y bacterias.

Los anticuerpos ayudan al organismo a protegerse de estas proteínas extrañas, por razones no del todo conocidas en Miastenia Gravis el sistema inmune crea anticuerpos contra los receptores de la unión neuromuscular, estos anticuerpos anormales se encuentran en la sangre de la mayoría de los pacientes.

Los anticuerpos contra receptores para acetilcolina se detectan en un 75-85% de pacientes con Miastenia Gravis. Los anticuerpos son heterogéneos y pertenecen a la clase de inmunoglobulinas G . Los mecanismos de formación de los anticuerpos no se conocen con certeza, pero existe suficiente evidencia de que el timo, a través de sus linfocitos, desempeña un papel importante en la patogenia de la enfermedad.

Los linfocitos del timo estimulan a los linfocitos B, los cuales a su vez producirían a los anticuerpos contra receptores para acetilcolina.

Estos anticuerpos destruyen a los receptores con mayor rapidez que la que el organismo tarda en reemplazarlos, la debilidad se produce cuando la acetilcolina no puede activar la cantidad suficiente de anticuerpos en la unión muscular.

10.1.4 SIGNOS Y SÍNTOMAS

La Miastenia Gravis se caracteriza por debilidad y fatiga muscular que afecta a distintos grupos de músculos, la debilidad muscular empeora con la actividad y mejora con el reposo. Los músculos oculares, faciales y bulbares son los más frecuentemente afectados por la enfermedad.

Ciertos músculos se comprometen con mayor frecuencia como aquellos que controlan los movimientos oculares, los parpados, los músculos de la masticación, los deglutorios y de la mímica facial. También pueden afectarse los músculos respiratorios y de los miembros superiores e inferiores.

La debilidad de los músculos respiratorios produce acortamiento de la respiración, dificultad inspiratoria y tos.

Esta predilección por ciertos grupos musculares se ha atribuido a varios factores, uno de los cuales es la diferencia de temperatura entre los músculos. Los pacientes con Miastenia Gravis manifiestan empeoramiento de la debilidad muscular con infecciones intercurrentes, fiebre agotamiento físico o emocional.

La debilidad muscular en Miastenia Gravis aumenta con la actividad y mejora luego de periodos de reposo, el cuadro puede estar limitado a los músculos extraoculares y parpados, esta forma de Miastenia Gravis se denomina miastenia Gravis ocular, las formas más severas de la enfermedad afectan a casi todos los grupos musculares, incluyendo a aquellos involucrados en la respiración.

El grado y distribución de la debilidad muscular varia entre dos extremos, cuando la debilidad es de grado severo y compromete a la respiración el paciente debe ser hospitalizado.

La crisis miasténica se caracteriza por influencia respiratoria que requiere asistencia respiratoria mecánica, y ocurre en el 15-20% de los pacientes con Miastenia Gravis. La infección respiratoria bacteriana o viral es la causa más frecuente de provocación.

La debilidad muscular puede mejorar con el frío y es la base de uno de los métodos diagnóstico clínico. Ciertos medicamentos como los antibióticos amino glucósidos, tetraciclina, antiarrítmicos y betabloqueantes pueden empeorar la función muscular en pacientes con Miastenia Gravis.

10.1.5 DIAGNÓSTICO

Existen Muchas enfermedades que causan debilidad, por esta razón , se debe realizar una evaluación clínica y neurológica completa.

Prueba farmacológica

Se realiza generalmente con el cloruro de edrofonio (prueba de tensilón) endovenoso, la dosis inicial es de 1mg, seguida de 2,3 y5mg, en intervalos de 3 a 5 minutos, se debe disponer de atropina para controlar los síntomas gastrointestinales, en casos raros, de bradicardia e hipotensión. La prueba de tensilón debe realizarse con mucho cuidado en pacientes con asma o arritmias cardiacas.

Pruebas electrofisiológicas

La estimulación repetitiva de distintos nervios es el método electrofisiológico más frecuentemente utilizado para detectar una alteración de la transmisión neuromuscular. La temperatura del miembro que se va a estudiar debe ser mayor de 34°C y el paciente debe abstenerse de tomar inhibidores de la colinesterasa 12hrs antes del estudio.

Se aplican de 4 a 6 estímulos a una frecuencia de 2Hz, antes y después de 30 segundos de ejercicio. Se repiten estos estímulos en intervalos de 1 minuto hasta 5 minutos después de finalizado el ejercicio. La prueba se considera positiva cuando existe una diferencia de amplitud de más del 10% entre el primer y quinto potencial evocado.

El electromiograma de fibra aislada es una prueba más sensible para estudiar la transmisión neuromuscular.

Anticuerpos contra receptores de acetilcolina

La presencia de anticuerpos contra receptores de acetilcolina en pacientes con manifestaciones clínicas compatibles o características de la Miastenia Gravis confirma el diagnóstico.

Estudios radiológicos

Un 10% de los pacientes con Miastenia Gravis padecen timomas, la mayoría de estos tumores son benignos pero son localmente invasores. Por esta razón, se recomiendan obtener una tomografía computarizada o una resonancia magnética de tórax en todo paciente diagnosticado con Miastenia Gravis.

10.1.6 TRATAMIENTO

No se conoce cura para el padecimiento, pero existen tratamientos efectivos que le permiten a los pacientes, no a todos, llevar una vida plena.

El tratamiento de la Miastenia Gravis ha avanzado en los últimos años especialmente debido a la disponibilidad de nuevos fármacos; sin embargo todavía se discute cual es el tratamiento más eficaz para los pacientes con esta enfermedad.

No existe un régimen terapéutico uniforme para todos los pacientes de manera que el tratamiento debe ser individualizado. El tratamiento ideal debería ser eficaz, tener efectos secundarios mínimos, ser de fácil administración y de bajo costo.

Fármacos anticolinesterásicos

Este grupo de sustancias prolonga la acción de acetilcolina en la unión neuromuscular y mejora la debilidad muscular en cierto grupo de pacientes con Miastenia Gravis.

Estos fármacos son útiles para el tratamiento sintomático del padecimiento, pero no influyen en la patogenia de la misma. El bromuro de piridostigmina (Mestinon) se utiliza frecuentemente en dosis de 30-60 mg. cada 3 a 6 hrs., la dosis debe ajustarse a la respuesta del paciente.

Los efectos secundarios más comunes se deben a los efectos muscarínicos e incluyen; dolores abdominales, diarrea, aumento de la salivación y secreciones respiratorias, también puede ocurrir bradicardia. Para controlar los efectos secundarios, se puede utilizar la atropina o el glicopirrolato y, si dichos efectos son graves, debe considerarse un tratamiento alternativo.

Corticosteroides

La prednisona en dosis de 1mg/Kg. día resulta eficaz en la mejoría de la debilidad muscular, es importante seguir de cerca al paciente porque en algunos casos una o dos semanas después de comenzar la administración de prednisona los pacientes desarrollan una exacerbación de la debilidad muscular.

En la mayoría de los casos este empeoramiento se controla con Mestinon o plasmaféresis, pero debe vigilarse la función respiratoria en caso de que el paciente requiera respiración asistida,; una vez obtenida una mejoría máxima, la dosis de prednisona se reduce gradualmente.

Los efectos secundarios de corticosteroides son numerosos e incluyen; aumento de peso, cambios en la piel, predisposición al desarrollo de cataratas, úlceras gástricas, infecciones, osteoporosis con necrosis vascular de ciertas articulaciones, cambios psicológicos, etc..

Plasmaféresis

Esta es útil y eficaz en pacientes con compromiso respiratorio o bulbar que ponen en riesgo la vida del paciente, se utiliza para preparar al paciente previo a la timectomía y acelerar la recuperación en casos de crisis miasténicas.

Los beneficios de la plasmaferesis son transitorios y en general se tolera bien. Los efectos secundarios más comunes son dificultad en el acceso endovenoso, hipotensión transitoria y arritmias.

Inmunoglobulina

Recientemente se ha utilizado inmunoglobulina endovenosa en grandes dosis con buenos resultados en pacientes con Miastenia Gravis, se desconoce el mecanismo de acción La dosis administrada es de 0.4g/Kg./día cinco días consecutivos y los beneficios son transitorios.

Los efectos secundarios más frecuentes son cefaleas, fiebre, mialgias y meningitis aséptica, otros efectos secundarios descritos incluyen reacciones anafilácticas, hipotensión, insuficiencia renal, accidentes tromboembólicos y transmisiones de hepatitis C.

Inmunosupresores

La azatioprina es efectiva en dosis de 2-3mg/Kg./día, se puede utilizar sola o combinada con corticosteroides, la mejoría clínica demora de uno, tres a seis meses. Los efectos secundarios más comunes son: fiebre ,nauseas y depresión de la medula ósea.

Se desconocen los efectos secundarios a largo plazo, pero pueden existir un aumento del riesgo de desarrollar enfermedades neoplásicas. La ciclofosfamida es un potente inmunosupresor que ha utilizado en aquellos pacientes que no han respondido a otras terapias.

Timectomia

La timectomia es otro de los tratamientos utilizados en Miastenia Gravis, es la remoción quirúrgica del timo, esta glándula que se encuentra detrás del esternón es una parte importante del sistema inmune. Cuando existe la presencia de un tumor en el timo (10 a 15% de los pacientes) este procedimiento debe realizarse siempre debido al riesgo de malignidad del mismo.

La timectomia frecuentemente disminuye la severidad de la Miastenia Gravis luego de varios meses. En algunos pacientes la debilidad desaparece completamente a esto se le llama remisión. El grado de beneficio de la timectomia varía de paciente en paciente.

La timectomia es más eficaz en adultos jóvenes menos de 40 años con Miastenia Gravis generalizada, pero también se benefician de ella otros pacientes. En general un 85% de los pacientes mejoran con la timectomia; un 35% entran en remisión, sin necesitar tratamiento farmacológico y un 50% reducen los requerimientos de medicación.

Crisis miasténica

El tratamiento de la crisis miasténica incluye el tratamiento de la función respiratoria con ventilación asistida si la capacidad vital disminuye por debajo de 15ml/Kg. Una vez que se ha intubado al paciente y estabilizado la función respiratoria, generalmente se comienza el tratamiento con plasmaferesis o corticosteroides endovenosos.

Los pacientes empiezan a mejorar después del tercer día. Las infecciones respiratorias son una de las causas que frecuentemente desencadenan una crisis miasténica.

10.1.7 PRONÓSTICO

Los tratamientos actuales para la Miastenia Gravis son lo suficientemente efectivos para que el futuro de los pacientes sea promisorio, aunque estos no curen la miastenia, la mayoría de los pacientes obtiene una mejoría significativa de su debilidad muscular.

En algunos casos la Miastenia Gravis puede llegar a la remisión clínica por un periodo de tiempo durante el cual puede no requerir tratamiento.

Se ha logrado mucho con respecto al tratamiento pero aun queda mucho por entender acerca de esta entidad.

10.2 Efectos secundarios de los anticolinesterásicos.

REACCIONES COLINÉRGICAS
<p>MUSCARÍNICOS</p> <p>Sobre el músculo liso</p> <p>Molestias epigástricas Calambres abdominales Anorexia Náuseas Vómitos Diarrea Miosis pupilar Broncoespasmo</p> <p>Sobre las glándulas</p> <p>Aumento de la salivación Piel fría y húmeda Aumento de la lagrimación Aumento de las secreciones bronquiales</p> <p>NICOTÍNICOS</p> <p>Sobre el músculo esquelético</p> <p>Fasciculaciones (tirones) Espasmos Debilidad</p>

10.3 Fármacos que impiden la transmisión a nivel de la unión neuromuscular.

Antibióticos	Cardiovasculares	Antireumáticos	Antipsicóticos	Anticonvulsivos	Hormonas	Otros Fármacos
Clindamicina Colistina Kanamicina Lincomicina Neomicina Estreptomina Tobramicina Tetraciclinas Gentamicina Polimixina B Trimetoprim – Sulfametoxazol	Lidocaina Quinidina Difenilhidantoína Procainamida Propanolol y otros betabloqueantes Disopiramida Antagonista del calcio	Cloroquina D - penicilamina	Litio Fenotiacinas	Difenilhidantoína Trimetadiona	ACTH Corticosteroides Hormonas tiroideas Anticonceptivos orales	Lactato Curare Narcóticos Productos que inducen hipopotasemia