



UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

PROCESO DE ENFERMERÍA

**PROCESO ENFERMERO APLICADO A UN CASO CLÍNICO
DE SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ EN BASE A LAS
14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON**

**PRESENTA:
NATALI PÉREZ NAVARRETE**

**ASESORA:
DRA. MARIA LETICIA RUBÌ GARCÌA VALENZUELA**

MORELIA, MICHOACÁN; OCTUBRE DEL 2007

JURADO

L.E.O Ma. Leticia Rubí García Valenzuela
Presidente

L.E.O Martha Marín Laredo
Vocal 1

DR. José Carmen Ledesma Morales
Vocal 2

DIRECTIVOS

M.C. Josefina Valenzuela Garandilla
Directora de la Facultad de Enfermería

L.E.O. Ma. De Jesús Ruiz Recéndiz
Secretaría Académica

L.E.O. Ana Celia Anquiano Mora
Secretaría administrativa

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por no dejarme vencer ante el cansancio, desvelos y enfermedad; por darme la vocación de ser enfermera y cuidar de aquellos que necesitan de mi atención.

Gracias por darme la fuerza y sabiduría que necesito para continuar ejerciendo mi profesión por darle luz a mi camino y lograr mi meta.

A mis Padres

Gracias por darme la vida, por brindarme su confianza, cariño y apoyo; por respetar cada una de las decisiones que he tomado a lo largo de mi vida, por la educación que me dieron desde que era niña, por saber guiarme por el buen camino; agradezco sus consejos, preocupaciones y carencias que tuvieron, para que a mi no me faltara nada.

Gracias por cuidar de mí todo este tiempo, estoy orgullosa de tener unos padres tan maravillosos como ustedes.

Los Amo.

A mis Hermanos

Les agradezco su paciencia y el apoyo que me han brindado a lo largo de mis estudios, por aquellos momentos felices que compartimos juntos y sobre todo por ese sentimiento tan bonito que nos mantiene unidos como familia. Gracias a ustedes he concluido mis estudios.

Los Quiero Mucho.

A mis Sobrinos

Por aquellos momentos de felicidad que me han regalado, por respetarme y quererme como lo hacen, por formar parte de mi familia y tenerme como ejemplo a seguir para lograr sus metas.

Los Adoro.

A mi Novio

Te agradezco por todos los momentos que has permanecido a mi lado, queriéndome, ayudándome, motivándome a seguir adelante a pesar de las dificultades que se me han presentado a lo largo de mi carrera.

Tú que eres quien conoce mi carácter, sentimientos, sacrificios y carencias, gracias por no dejarme sola y escucharme cuando me sentía triste, reír conmigo cuando estaba alegre, y por todos esos momentos que hemos pasado juntos.

Te Amo.

A mis Amigas

Agradezco su compañía, fidelidad, sinceridad, por sus palabras de aliento, por los momentos que compartimos en la universidad y sobre todo por esta linda amistad que aún nos mantiene unidas.

A mi Asesora:

Gracias por su dedicación, motivación, exigencia, y paciencia que me tuvo para que este trabajo fuera posible y por compartir sus sabios conocimientos conmigo.

A mi Escuela y Maestros

A la Facultad de Enfermería por permitir concluir mis estudios en ella y por ser el escalón de cientos de compañeros que desean alcanzar sus sueños y ejercer esta linda profesión.

A mis maestros (as) por transmitirnos sus conocimientos y darnos los fundamentos teórico – prácticos de lo que es la enfermería, por la exigencia que demostraron a lo largo de la carrera para ser mejores cada día.

iGracias!

INDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	9
II. JUSTIFICACIÓN.....	10-11
III. OBJETIVOS.....	12
IV. METODOLOGÍA.....	13
V. MARCO TEÓRICO.....	14-23
▪ Modelo de Virginia Henderson	
- Necesidades Humanas Básicas	
- Principales Conceptos y Definiciones	
- Afirmaciones Teóricas	
- Método Lógico	
- Aceptación por la Comunidad de Enfermería	
VI. PROCESO ENFERMERO.....	24-31
▪ Etapas del Proceso Enfermero	
▪ Propiedades	
▪ Diagnósticos de la N.A.N.D.A	
VII. PATOLOGÍA DEL CASO CLÍNICO.....	32-49
- Antecedentes	
- Nombres Alternativos	
- Definición	
- Epidemiología	
- Etiología	
- Patogenia	
- Clasificación	
- Signos y Síntomas	
- Diagnóstico	
- Tratamiento	
- Pronóstico y Recuperación	
VIII.CASO CLÍNICO.....	50-51
IX. APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO.....	52-74
X. CONCLUSIONES.....	75
XI. BIBLIOGRAFÍA.....	76-77

XII. GLOSARIO.....78-79

XIII. ANEXOS.....80-83

XIV. SUGERENCIAS.....84

I. INTRODUCCIÓN

Dentro del grupo de las enfermedades neuromusculares, el síndrome de Guillain-Barré (SGB) es el cuadro clínico que acapara mayor interés y con la eliminación virtual de la poliomielitis en varias regiones, el SGB es la causa más frecuente de parálisis aguda generalizada. En la actualidad se realizan grandes avances en el conocimiento de las neuropatías desmielinizantes (ND). El síndrome de Guillain – Barré (SGB) posee una patogenia bien precisada gracias a los progresos que se realizan en la reacción y la respuesta del sistema nervioso periférico (SNP); por lo cual han mejorado los aspectos clínicos y terapéuticos del síndrome y se obtienen resultados beneficiosos.

El SGB es una enfermedad autoinmune que se desencadena por una infección vírica o bacteriana y se caracteriza por presentarse como una debilidad simétrica rápidamente progresiva, de comienzo distal y avance proximal, a veces llega a afectar a la musculatura bulbar respiratoria; cursa con pérdida de reflejos osteotendinosos y con signos sensitivos leves o ausentes.⁽⁷⁻⁸⁾

El líquido cefalorraquídeo (LCR) muestra una disociación albuminocitológica con aumento de proteínas y normalidad celular. Aún cuando la fisiopatogénesis de este trastorno no está del todo dilucidada, investigaciones de diversa índole sugieren que el SGB puede obedecer al desencadenamiento de un proceso autoinmune, en cuya patogénesis intervienen tanto factores humorales como celulares.⁽²⁶⁾

El tratamiento temprano con plasmaféresis (PF) o inmunoglobulinas intravenosas (IgIV) modifica de forma favorable el curso inicial de la enfermedad, sin embargo el Síndrome de Guillain Barrè grave requiere capacidad y experiencia en el cuidado de pacientes críticos, así como suficiente paciencia y sensibilidad para atender sus necesidades diarias y a sus familiares⁽²⁷⁾, brindando una asistencia personalizada considerando de forma holística al usuario, es decir, teniendo en cuenta tanto su dimensión física como psicológica y social, por ello, se requiere de un conjunto sistemático de acciones de enfermería para responder a las necesidades y problemas de

salud que presenta el usuario y de igual forma aumentar la eficacia asistencial y la satisfacción en el trabajo.

II. JUSTIFICACIÓN

El Síndrome de Guillain Barrè es una neuropatía periférica idiopática que aparece a menudo después de una infección respiratoria o gastrointestinal; sus manifestaciones más características son arreflexia, flacidez y debilidad relativamente simétrica que inicia en las piernas y asciende hasta afectar a brazos, tronco, garganta y rostro. La progresión puede producirse con rapidez, en horas o días, o de forma tardía a lo largo de semanas. ⁽⁵⁾

Alcanza su mayor gravedad en 90% de los adolescentes afectando en las primeras 4 semanas de evolución. El promedio de estancia en el hospital es de 5 a 7 semanas. ⁽⁷⁾

Cuando es atendido oportunamente el paciente, la recuperación puede ser completa. Esta, suele durar varias semanas, dependiendo de que el usuario y su familia cumplan con el tratamiento indicado. La gravedad radica en sus complicaciones, sin embargo, algunos autores manejan que pocos mueren por las mismas (3% al 5%).

Cabe mencionar además, que del 12% al 25% de quienes padecen Síndrome de Guillain Barrè pueden quedar permanentemente discapacitados de las funciones motrices. ⁽⁸⁾

Por tal motivo la importancia del proceso enfermero el cual permite atender de manera integral al usuario de los servicios de salud ya que contempla las 5 dimensiones del ser humano (biológica, espiritual, emocional, social y cultural). Por ello, la aplicación de la metodología de intervención de enfermería en este caso clínico de Síndrome de Guillain Barrè representa un reto ya que el objetivo principal de la enfermera, es dar atención de calidad al paciente en estado crítico y haciéndose consciente de sus necesidades, proporcionando ante todo, un tratamiento preventivo con precisión para evitar complicaciones y ayudar a la supervivencia del paciente e integrarlo a su medio.

Dada la importancia de este Síndrome y la relevancia de la intervención de enfermería para la recuperación del usuario, se justifica la elaboración del presente trabajo.

III. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar elementos teórico-prácticos que fortalezcan la práctica institucional e independiente de enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las necesidades que presenta el usuario de Síndrome de Guillain Barré.

Diseñar un plan de cuidados aplicando el proceso enfermero y logrando cumplir los objetivos planteados mejorando así la calidad de vida del usuario.

Estructurar y presentar un trabajo académico para obtener el título de Licenciado en Enfermería.

IV. METODOLOGIA

Para llevar a cabo el Proceso enfermero se emplearon las 5 etapas que son: Valoración (utilizando las 14 necesidades de Virginia Henderson), diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

El presente trabajo se inició el 1º de Agosto hasta el 30 de Septiembre del 2007, se contactó al paciente en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional No. 1 del IMSS de Morelia, Michoacán, posteriormente se recolectó la información valorando las necesidades que presentaba el paciente, para esto, se tuvo en cuenta una base de datos y una lista de diagnósticos de la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería). Se formuló un objetivo para cada diagnóstico y se realizó una planeación acorde a las necesidades encontradas, posteriormente se ejecutaron teniendo en cuenta la prioridad de los mismos y finalmente se evaluó cada uno de ellos. Las acciones se terminaron llevando en casa del paciente donde se visitaba 3 veces por semana ya que este fue dado de alta del Hospital el 30 de Agosto del mismo año.

El trabajo requirió de investigación de diversas fuentes bibliográficas como libros, antologías, diccionarios, revistas y paginas de Internet.

V. MARCO TEORICO

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

ANTECEDENTES PERSONALES

Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos. Aunque oriunda de Kansas City, Missouri, Henderson pasó su infancia y adolescencia en Virginia, ya que su padre era abogado en Washington, D.C.

Durante la Primera Guerra Mundial, Henderson desarrolló su interés por la enfermería, y en 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. Henderson se graduó en 1921, aceptando un puesto de enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva Cork. En 1922 inició su actividad como profesora de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años más tarde ingresó en el Teacher's Collage de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de B.S. y M.A en formación de enfermería.

Henderson publicó por primera vez su definición de la enfermería en la revisión que en 1955 hizo junto con Harper de la obra *The Principles and Practice of Nursing*, de esta última. Finalmente, Henderson se interesó por los cinco años de investigación que la American Nurses Association había realizado sobre la función de la enfermera, ya que no estaba totalmente de acuerdo con la definición que había adoptado la ANA en 1955.

Henderson considera su trabajo una definición más que una teoría, ya que la teoría no estaba de moda en esa época. Describe su interpretación como la "síntesis de muchas influencias, unas positivas y otras negativas".⁽¹⁾

NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS SEGÙN LA TEORÌA DE VIRGINIA HENDERSON

- 1.- Respirar Normalmente.
- 2.- Comer y beber de forma adecuada.
- 3.- Evacuar los desechos corporales.
- 4.- Moverse y mantener una postura adecuada.
- 5.- Dormir y Descansar.
- 6.- Elegir la ropa adecuada (para vestirse y desvestirse).
- 7.- Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
- 8.- Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel.
- 9.- Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás.
- 10.-Comunicarse con los otros expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones.
- 11.-Actuar con arreglo a la propia fè.
- 12.-Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo.
- 13.-Disfrutar o participar en diversas formas de entretenimiento.
- 14.-Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles.

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Enfermera:

Definió enfermería en términos funcionales: “La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación, que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible”.

Salud:

Henderson no dio una definición propia de salud, pero en sus escritos comparó la salud con la independencia. Interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería. “Se trata más bien de la calidad de la salud que de la propia vida, ese margen de vigor mental/físico, lo que permite a una persona trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital en sus más altas cotas”.

Entorno:

Lo define como “el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”.

Persona (Paciente):

Henderson pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son separables. Así, contempla al paciente y a su familia como una unidad.

Necesidades:

En la obra de Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidad, si bien se señalan en ella 14 necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia en enfermería.

Supuestos Principales

Virginia Henderson no citó directamente cuales eran los supuestos más señalados que incluía en su teoría. De sus publicaciones se han extraído los siguientes supuestos:

Enfermera:

- Una enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos.
- Una enfermera actúa como miembro de un equipo médico.
- Una enfermera actúa al margen del médico, pero apoya su plan, si existe un médico encargado. La enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiere.
- Una enfermera debe tener nociones tanto de biología como de sociología.
- Una enfermera puede valorar las necesidades humanas básicas.
- Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

Persona:

- Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
- El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.
- El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia.
- El paciente y su familia constituyen una unidad.
- Las necesidades de paciente están incluidas en los 14 componentes de enfermería.

Salud:

- La salud es la calidad de vida.
- La salud es fundamental para el funcionamiento humano.
- La salud requiere independencia e interdependencia.
- Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.
- Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

Entorno:

- Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.
- Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento.
- Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que pasan sus prescripciones para aparatos de protección.
- Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

Afirmaciones Teóricas

La Relación Enfermera- Paciente

Se pueden establecer tres niveles en relación enfermera – paciente que van desde una relación muy independiente a la práctica independencia: 1) La enfermera como una sustituta del paciente, 2) La enfermera como una auxiliar del paciente, 3) La enfermera como una compañera del paciente. En el momento de una enfermedad grave se contempla a la enfermera como un “sustituto del as carencias del paciente para ser completo, íntegro o independiente debido a su falta de fortaleza físico, voluntad o conocimiento”.

Henderson reflejó este punto de vista al declarar que la enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor del suicida, la pierna del amputado, los ojos de quien se ha quedado ciego un medio de locomoción para el niño, la experiencia y la confianza para una joven madre, la boca de los demasiados débiles o privados del habla etc.

Durante los estados de convalecencia la enfermera socorre al paciente para que adquiera y recupere su independencia. Henderson afirmó que “Independencia es un término relativo. Nadie es independiente de los demás pero nos esforzamos por alcanzar una independencia sana no una dependencia enferma”.

Como compañeros la enfermera y el paciente formulan juntos el plan de asistencia. Con independencia del diagnóstico existen necesidades básicas que pueden estar manzadas por otras circunstancia como la edad, el carácter, el esta anímico, la posición social o cultural y la capacidad intelectual.

La enfermera debe ser capaza de valorar no solamente las necesidades del paciente sino también las condiciones y estados patológicos que las alteran, Henderson afirmaba que la enfermera “debe meterse en la piel de cada paciente para conocer cuales son sus necesidades”. Luego debe contrastarlas con él.

La enfermera puede modificar el entorno siempre que lo considere indispensable. Henderson opinaba que “en cada situación las enfermeras que conocen las reacciones psicológicas y fisiológicas a la temperatura y la humedad, la luz y el color, la presión, los olores, el ruido, las impurezas químicas y los microorganismos, pueden organizar y aprovechar al máximo las instalaciones disponibles”.

La enfermera y el paciente siempre trabajan por un objetivo, ya sea la independencia o una muerte tranquila. Una de las metas de la enfermera debe ser mantener la vida cotidiana del paciente “lo más normal posible”. Otro de los fines importantes para una enfermera es favorecer la salud.

Henderson señalaba que se puede sacar mayor partido de ayudar a una persona a aprender a como mantener su salud que preparando a los terapeutas mas especializados para que la ayuden en los momentos de crisis”.

La Relación Enfermera- Médico

Henderson insistía en que la enfermera tenía una función especial, diferente de las de los médicos. El plan asistencia formulado por la enfermera y el paciente debe aplicarse de forma que se promueva el plan terapéutico prescrito por el médico, Henderson remarcaba que las enfermeras no están a las órdenes del médico, ya que “cuestionaba la filosofía de que los médicos den órdenes a los pacientes y a los empleados sanitarios”. Asimismo indicaba que muchas de las funciones de la enfermera y el médico se solapan.

La enfermera como miembro del equipo sanitario

La enfermera trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales sanitarios. Todos ellos se ayudan mutuamente para completar el programa de asistencia pero no deben realizar las tareas ajenas. Henderson recordaba que ninguna persona del equipo debe sobrecargar a otro de sus miembros con peticiones que no puede llevar a cabo dentro de su función especializada.

Henderson comparaba a todo el equipo médico, incluyendo al paciente y a su familia con las porciones de una tarta. El tamaño de cada parte destinada a un miembro del equipo depende de las necesidades reales del paciente y por tanto, cambia a medida que el paciente progresa en su camino hacia la dependencia. En algunas situaciones algunos miembros del equipo no participan en ningún modo en el reparto. La meta final es que el paciente tenga la mayor ración o la tarta entera.

A medida que cambian las necesidades del paciente también puede hacerlo la definición de enfermería, Henderson admitía que “esto no quiere decir que la definición sea definitiva. Creo que la enfermería cambiará según la época en la que se practique y que depende en gran medida de lo que haga el resto del personal sanitario”.⁽¹⁾

Método Lógico

Henderson aplica aparentemente una forma deductiva de razonamiento lógico en el desarrollo de su definición de enfermería. Dedujo esta definición y las 14 necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos. Los supuestos de la definición de Henderson deben estudiarse con el fin de valorar su concordancia lógica. Muchos de los supuestos tienen validez por su gran coincidencia con las publicaciones y las conclusiones de investigaciones de científicos de otras disciplinas. Por ejemplo las 14 necesidades básicas que señala se corresponden íntimamente con la clasificación de las respuestas humanas ampliamente aceptada aunque Henderson confeccionó su relación de leer de Maslow.

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

Ejercicio Profesional

La definición de Henderson sobre la enfermería, por lo que al ejercicio profesional se refiere, indica que la enfermera que ve como su función principal la de suministradora directa de asistencia al paciente hallará una recompensa inmediata en el progreso del paciente desde la dependencia a la independencia. La enfermera debe realizar todos los esfuerzos necesarios para entender al paciente cuando pierde la voluntad, el conocimiento o la fuerza. Tal y como afirma Henderson, la enfermera debe “estar en su piel”. La enfermera puede ayudar al paciente a ser independiente mediante la valoración, planificación, realización y evaluación de cada uno de los 14 componentes de la asistencia básica de enfermería.

Formación

Henderson afirma que “para que una enfermera ejerza como una experta por derecho propio y para que utilice el planteamiento científico para mejorar su ejercicio profesional, necesita un tipo de formación que sólo se imparte en colegios y universidades”.

Pensaba que “el valor de la formación no procede sólo de los conocimientos que se adquieren sino de la confianza sobreañadida que el individuo desarrolla en la institución de formación superior”. Decía que “la enfermería es una ocupación universal y que la formación superior permite ejercerla mejor”.

Henderson dividió un plan de estudios que las estudiantes debían superar en 3 partes. No obstante, las 3 partes compartían el mismo objetivo: ayuda al paciente siempre que no posea la fuerza, voluntad o conocimiento para realizar alguna actividad cotidiana o para llevar a cabo una terapia prescrita con el objetivo final y la independencia.

Investigación

Virginia Henderson recomienda una mayor utilización de las fuentes bibliográficas entre las enfermeras y confía en que éstas realicen investigaciones para perfeccionar el ejercicio de la profesión y no simplemente para lograr un reconocimiento académico. ⁽¹⁾

VI. PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso de Enfermería es el método mediante el cual se aplica un sistema de teorías a la práctica de enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del usuario o del sistema familiar.

El Proceso de Enfermería consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Estas fases integran las funciones intelectuales de la resolución del problema en un intento por definir las acciones de enfermería.

Valoración

Es la primera fase del Proceso de Enfermería. Sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con el cliente, el sistema cliente/familia o la comunidad, con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente. Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes registradas en la historia de enfermería.

Diagnóstico

Durante esta fase, se analizan e interpretan de forma crítica los datos reunidos durante la valoración. Se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente. Se identifican los diagnósticos de enfermería que proporcionan un foco central para el resto de las fases. Se diseña un plan de cuidados basado en el diagnóstico de enfermería, que se ejecuta y se evalúa. Los diagnósticos de enfermería suponen un método eficaz de comunicación de los problemas del cliente.

Planificación

En la fase de planificación, se desarrollan estrategias para evitar, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería. La fase de planificación consta de varias etapas:

- 1.- Establecimiento de prioridades para los problemas diagnosticados.
- 2.- Fijar resultados con el cliente para corregir, reducir al mínimo o evitar los problemas.
- 3.- Escribir las actuaciones de enfermería que conducirán a la consecución de los resultados propuestos.
- 4.- Registro de los diagnósticos de enfermería, de los resultados y de las actuaciones de enfermería de forma organizada en el plan de cuidados.

Ejecución

Es el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación. Consiste en la comunicación del plan a todos los que participan en la atención del cliente. Las actuaciones pueden ser llevadas a cabo por miembros del equipo de atención sanitaria, por el cliente, o por su familia. El plan de cuidados se utiliza como guía.

Evaluación

Se trata de un proceso continuo que determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención. El profesional de enfermería evalúa el progreso del cliente, establece medidas correctoras si fuese necesario, y revisa el plan de cuidados de enfermería.

PROPIEDADES

El Proceso de Enfermería tiene seis propiedades: es intencionado, sistemático, dinámico, interactivo, flexible y tiene una base teórica. Se puede describir como resuelto por que va dirigido a un objetivo. El proceso es sistemático por que consiste en la utilización de un enfoque organizado para conseguir su propósito. Es dinámico porque está sometido a continuos cambios. La naturaleza interactiva del proceso enfermería se basa en las relaciones recíprocas que se establecen entre el profesional de enfermería y el cliente, la familia y otros profesionales sanitarios.

La flexibilidad del proceso se puede demostrar en dos contextos: 1) se puede adaptar a la práctica de la enfermería en cualquier marco o área de especialización que trate con individuos, grupos o comunidades; 2) sus fases se pueden utilizar de forma consecutiva y concurrente.

Finalmente, el Proceso de enfermería tiene una base teórica. El proceso se ha ideado a partir de una amplia base de conocimientos, incluyendo ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquiera de los modelos teóricos de la enfermería. ⁽⁹⁾

Etiquetas Diagnósticas de la NANDA según las Necesidades Humanas Básicas

1.- RESPIRACIÓN :

- Disminución del Gasto cardiaco,
- Deterioro del Intercambio gaseoso,
- Limpieza ineficaz de las Vías aéreas,
- Patrón: ineficaz Respiratorio,
- Dificultad para mantener la Ventilación espontánea,
- Respuesta disfuncional al destete respiratorio
- Alto riesgo de Asfixia,
- Alto riesgo de Aspiración,

2.- ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN

- Alteración de la nutrición: por exceso
- Alteración de la nutrición: por defecto
- Alteración potencial de la nutrición: por exceso
- Exceso del volumen de Líquidos,
- Déficit de volumen de Líquidos,
- Alto riesgo de déficit de volumen de Líquidos,
- Déficit de: alimentación Autocuidado,
- Deterioro de la Deglución,
- Lactancia materna ineficaz
- Lactancia materna interrumpida
- Lactancia materna eficaz
- Patrón de Alimentación infantil inefectivo,

3.- ELIMINACIÓN :

- Estreñimiento
- Estreñimiento subjetivo
- Estreñimiento crónico
- Diarrea
- Incontinencia Fecal,
- Alteración de la eliminación Urinaria,
- Incontinencia urinaria: de esfuerzo
- Incontinencia urinaria: refleja
- Incontinencia urinaria: de urgencia
- Incontinencia urinaria: funcional
- Incontinencia urinaria: total
- Retención Urinaria,
- Déficit de: uso del orinal/wc Autocuidado,

4.- MOVILIZACIÓN :

- Alto riesgo de síndrome de Desuso
- Trastorno de la Movilidad física
- Alto riesgo de disfunción Neurovascular periférica
- Intolerancia a la Actividad
- Fatiga
- Alto riesgo de intolerancia a la Actividad

5.- REPOSO/SUEÑO :

- Alteración del patrón del Sueño

6.- VESTIRSE Y ELEGIR ROPA ADECUADA :

- Déficit de Autocuidado: vestido/acicalamiento

7.- TEMPERATURA :

- Alto riesgo de alteración de la Temperatura corporal:
- Hipotermia
- Hipertermia
- Termorregulación ineficaz

8.- HIGIENE / PIEL

- Alteración de la (especificar) renal Perfusión hística, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica.
- Deterioro de la integridad hística
- Alteración de la Membrana mucosa oral
- Deterioro de la Cutánea,
- Alto riesgo de deterioro de la integridad Cutánea
- Déficit de autocuidado: baño/higiene

9.- SEGURIDAD :

- Alto riesgo de Infección
- Disreflexia
- Alto riesgo de Lesión
- Alto riesgo de Intoxicación
- Alto riesgo de Traumatismo
- Alteración de la Protección
- Alteración de los procesos Familiares
- Sobreesfuerzo en el Rol de cuidador
- Alto riesgo al sobreesfuerzo en el Rol de cuidador
- Afrontamiento defensivo
- Negación ineficaz
- Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante
- Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido
- Manejo inefectivo del (individual) .Régimen terapéutico
- Alteración del Crecimiento y desarrollo

- Síndrome de estrés por Traslado
- Dolor
- Dolor crónico
- Duelo disfuncional
- Duelo anticipado
- Violencia, alto riesgo de: autolesiones, lesiones a otros
- Alto riesgo de Automutilación
- Respuesta Post-traumática
- Síndrome traumático de Violación
- Síndrome traumático de: reacción compuesta Violación
- Síndrome traumático de: reacción silente Violación
- Ansiedad
- Temor

10.- COMUNICACIÓN:

- Trastorno de la Comunicación verbal
- Deterioro de la interacción Social
- Aislamiento Social
- Disfunción Sexual
- Alteración de los patrones de Sexualidad
- Afrontamiento individual: ineficaz
- Senso-perceptivas, alteraciones (especificar) visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfatorias.

11- RELIGIÓN/CREENCIAS :

- Sufrimiento Espiritual
- No seguimiento del (especificar) Tratamiento
- Conflicto en la toma de (especificar) Decisiones
- Desesperanza
- Impotencia

12- TRABAJAR / REALIZARSE

- Alteración en el desempeño del Rol
- Alteración Parenteral
- Alto riesgo de alteración Parenteral
- Conflicto del rol Parenteral
- Trastorno de la Adaptación
- Conductas generadoras de (especificar) Salud
- Dificultades en el mantenimiento del Hogar
- Alteración en el mantenimiento de la Salud
- Trastorno de la Imagen corporal
- Trastorno de la Autoestima
- Déficit de: crónico Autoestima
- Déficit de: situacional Autoestima
- Trastorno de la Identidad personal

13.- ACTIVIDADES LÚDICAS:

- Déficit de Actividades recreativas

14.- APRENDER:

- Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo
- Déficit de (especificar) Conocimientos
- Alteración de los procesos de Pensamiento

VII. PATOLOGÍA DEL CASO CLÍNICO

SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ

ANTECEDENTES

Desde los inicios del siglo XIX se recogen en la literatura médica informes sobre cuadros de entumecimiento con debilidad que evolucionaban por un período corto y tenían una recuperación espontánea. La enfermedad fue descrita por el médico francés Jean Landry en 1859, de allí uno de sus nombres. ⁽²⁾

La mejor descripción del SGB en esa época se le atribuye al francés Jean Baptiste Octave Landry de Tesilla, en 1859 introduce el término parálisis aguda ascendente, postula que la condición se producía después de otras enfermedades y que tenía una mortalidad del 20 %. La autopsia en uno de los pacientes no mostró proceso patológico alguno que explicara el cuadro clínico. Westphal fue el primero en usar el término parálisis ascendente de Landry (PAL) cuando informa de cuatro pacientes con este síndrome que fallecieron de insuficiencia respiratoria en 1876. Mills en la autopsia de un caso de PAL, encuentra degeneración de los nervios periféricos. En 1892 se introduce el término polineuritis febril aguda y se señalan características similares a las del SGB con la diferencia de que los pacientes presentaban fiebre. ⁽⁷⁾

A principio del siglo XX Georges Charles Guillain y Jean-Alexandre Barré durante la primera Guerra Mundial, ejercían como médicos dentro de las filas del ejército francés; ahí encuentran dos soldados que se volvieron parcialmente paralíticos y posteriormente se recuperaron de este trastorno.

Guillain, Barré y Strohl, quien llevó a cabo los estudios electrofisiológicos, publican su clásico informe sobre este trastorno donde señalan la afectación de los reflejos, pero mencionan un rasgo especial o distintivo el aumento en la concentración de proteínas en el líquido cefalorraquídeo (LCR) sin elevación en el número de células (disociación albumino-citológica) lo que constituyó un descubrimiento crucial para la época. ⁽⁹⁾

El término síndrome de Guillain-Barré se emplea por primera vez en una presentación efectuada por Dragonescu y Claudia; por razones desconocidas, el nombre de Strohl se omitió de dicha presentación y no se reconoció que el síndrome fue descrito previamente por Landry, Alajouanine et al describen dos pacientes con diplegia facial que murieron de insuficiencia respiratoria en los cuales los nervios periféricos presentaban en forma segmentaria infiltración por mononucleares, lo que sugería la naturaleza inflamatoria del proceso. En 1949 Haymaker y Kernohan informan 50 pacientes fatales que en los primeros días del proceso solamente se encontraba edema en los nervios periféricos y raíces seguido eventualmente de desmielinización y en cierto grado de degeneración de los axones e infiltración linfocitaria tardía. ⁽²⁾

Waksman y Adams producen experimentalmente polineuritis alérgica en conejos mediante la administración de una mezcla de nervios periféricos y adyuvantes, señalan la similitud de los hallazgos clínicos y patológicos con el SGB. Estos hallazgos fueron corroborados posteriormente por Asbury et al en 19 pacientes que fallecieron de SGB. Prineas demuestra con microscópica electrónica la patogénesis de la desmielinización y la subsiguiente reparación. Muchos de los casos descritos por diferentes autores no cumplen con el criterio diagnóstico establecido por Guillain et al. ⁽⁴⁾

En 1956 Miller Fisher describe el síndrome que lleva su nombre, caracterizado por ataxia de las extremidades inferiores, oftalmoplejía y ausencia de reflejos de estiramiento musculares como una forma menos común del SGB. Feasby et al describen a cuatro adultos con SGB de comienzo fulminante, secundario a degeneración de los axones motores y sensitivos sin afectación de la mielina.

Posteriormente McKhann et al describen en una zona rural del norte de China de modo epidémico entre niños, la presencia de una forma semejante, axónica con afectación predominante de los axones motores. ⁽⁸⁾

En la actualidad se reconocen cuatro subtipos del SGB o polirradículo neuropatía autoinmune aguda, dos con afectación primaria de la mielina (polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda y síndrome de Miller Fisher) y dos con afectación primaria del axón (neuropatía axónica motora aguda y neuropatía axónica motora y sensitiva aguda) de las raíces y nervios raquídeos y craneales. ⁽²⁻³⁾

En forma global el SGB se observa con una incidencia de 1 a 2 casos de 100,000 habitantes anuales en forma uniforme. Se trata de una de las enfermedades incapacitantes que puede dejar secuelas motoras sensitivas en más del 25% de los casos, no mira raza, color ni condición social y puede aparecer desde temprana edad en ambos sexos. ⁽⁴⁾ Generalmente ocurre en personas previamente sanas, con inicio súbito y parálisis frecuentemente extrema requiriendo asistencia respiratoria, pero el 85% presenta una recuperación aceptable. Algunos permanecerán con déficit y el 5% o menos morirán a causa de la enfermedad.

La mortalidad a caído abruptamente gracias al desarrollo de los cuidados intensivos y más recientemente al uso precoz de inmunoglobulinas y plasmafèresis. ⁽⁸⁾

En la actualidad no se sabe por qué el síndrome de Guillain-Barré afecta a algunas personas. Lo que sí se sabe es que el sistema inmunológico del cuerpo comienza a atacar al propio cuerpo. ⁽¹⁰⁾

Los científicos se están concentrando en buscar nuevos tratamientos y en perfeccionar tratamientos existentes. Los científicos también examinan el funcionamiento del sistema inmunológico para determinar qué células son responsables de iniciar y emprender el ataque contra el sistema nervioso.

El hecho de que tantos casos de Guillain-Barré comiencen después de una infección viral indica que ciertas características de esos virus pueden activar al sistema inmunológico de forma inapropiada. Los investigadores están examinando esas características. Tal como se indicó anteriormente, los científicos neurológicos, los inmunólogos, los virólogos y los farmacólogos están trabajando todos en colaboración para aprender a prevenir este trastorno y tener mejores terapias disponibles cuando se presenta. ⁽¹¹⁾

NOMBRES ALTERNATIVOS

Polineuritis idiopática aguda.

Polineuropatía inflamatoria aguda.

Polineuritis infecciosa.

Síndrome de Guillain-Barré-Landry. ⁽⁵⁾

DEFINICIÓN

El síndrome de Guillain-Barré, también conocido como polineuropatía aguda inflamatoria desmielinizante es una inflamación aguda de las raíces espinales y de los nervios motores y sensitivos. Es un trastorno neurológico en el que el sistema inmunológico del cuerpo ataca a una parte del sistema nervioso periférico, cuyo inicio se cree ocurre como resultado de un proceso infeccioso agudo, en donde hay un descontrol del sistema inmune. ⁽³⁾⁽⁵⁾⁽⁸⁾

Es un trastorno grave que ocurre cuando el sistema de defensa del cuerpo (sistema inmunitario) ataca parte del sistema nervioso por error. Esto lleva a que se presente inflamación del nervio que ocasiona debilidad muscular, la cual continúa empeorando. ⁽⁷⁾

ETIOLOGIA

Hay pocas ideas claras respecto a la etiología de esta enfermedad. Lo que se conoce hasta ahora es que el sistema inmunológico del cuerpo comienza a atacar a sus propios tejidos destruyendo la cobertura de mielina que rodea a los axones de los nervios periféricos, e inclusive a los propios axones. Cuando esto ocurre, los nervios son incapaces de transmitir señales con eficiencia. Por ello los músculos comienzan a perder su capacidad de responder a las señales nerviosas, los cuales deberían transportarse a través de la red nerviosa.

El cerebro también recibe menos señales sensoriales del resto del cuerpo, resultando en una incapacidad de sentir las texturas, el calor, el dolor y otras sensaciones que trae como consecuencia el recibimiento de señales inapropiadas que resultan en cosquilleo de la piel o en sensaciones dolorosas.

Debido a que las señales que van hacia y vienen desde los brazos y las piernas han de recorrer largas distancias, son las más vulnerables a interrupción. Por tanto, las debilidades musculares y las sensaciones de cosquilleo aparecen inicialmente en las manos y en los pies y progresan hacia lo cefálico.⁽⁸⁾

Se sospecha que cuando el Síndrome de Guillain-Barré va precedido de una infección viral, el virus cambia la naturaleza de las células en el sistema nervioso por lo que el sistema inmunológico las trata como células extrañas.⁽⁷⁾

Hay estadísticas que señalan que aproximadamente el 75% de los pacientes sufrieron de una infección aguda (usualmente respiratoria o gastrointestinal) previa a la aparición del síndrome. Otro 20 a 30% de estos casos podría deberse a infecciones por *Campylobacter jejuni* y una proporción similar a Citomegalovirus o al virus de Epstein Barr. Hay reportes que señalan a su vez ciertas posibles asociaciones, en menor grado a *Mycoplasma pneumoniae*, VIH y Virus del Herpes Simple.⁽⁷⁾ Igualmente puede ocurrir con otras condiciones médicas tales como el lupus eritematoso sistémico o la enfermedad de Hodgkin.⁽⁴⁾ También puede ser posterior a una vacunación (contra la rabia o influenza), cirugía, relacionada a un embarazo o una picadura de un insecto.

Todos estos factores producen una alteración de la capa de mielina que recubre los nervios, alterando principalmente las funciones motoras de éstos.

Existen algunas evidencias que avalan la teoría de que la infección desencadenaría una respuesta anómala del sistema inmunológico de defensa, la cual sería la responsable de las lesiones nerviosas. ⁽³⁾

PATOGENIA

Inmunopatogenia. Se cree que el síndrome de Guillain-Barré se origina por una respuesta autoinmune a antígenos extraños (agentes infecciosos, vacunas) que son mal dirigidos al tejido nervioso del individuo. El sitio donde causan daño son los gangliósidos (complejo de glicoesfingolípidos que están presentes en grandes cantidades en el tejido nervioso humano, especialmente en los **nódulos de Ranvier**). Un ejemplo es en el gangliósido GM1, que puede estar afectado en el 20 a 50% de los casos, especialmente en aquellos casos que han tenido una infección anterior por *Campylobacter jejuni*. ⁽¹¹⁾

El resultado final de estos ataques autoinmunes en los nervios periféricos es la pérdida de mielina y consecuentemente, el bloqueo en la conducción nerviosa. A pesar de esto, la función axonal permanece intacta y la recuperación puede tan rápida como la remielinización ocurre. Si la degeneración axonal es extrema (en casos severos de SGB), la recuperación se da con mayor lentitud y habrá un mayor grado de daño residual. Estudios recientes han demostrado que aproximadamente el 80% de los pacientes cursan con pérdida de mielina, y el 20% restante tienen pérdida axonal.

Se acepta que la enfermedad tiene un componente inmunológico. En términos de inmunidad mediada por células, los linfocitos se acumulan en el endoneuro (sin preferencia B o T) sin signos de actividad citotóxica de las células T contra la mielina o las células de Schwann. No obstante, estudios recientes han demostrado la presencia de Ac anti-mielina del nervio periférico durante la fase aguda de la enfermedad, que algunas veces pueden estar dirigidos contra los gangliósidos y no contra antígenos mielínicos. ⁽¹⁰⁾

Anatomía Patológica.- A nivel anatomopatológico, se observan acúmulos de linfocitos en el endoneuro de los nervios periféricos, aunque existe predilección por los troncos nerviosos focales. Las zonas de desmielinización focal diseminada se asocian especialmente con las áreas de infiltración linfocitaria y acúmulo de macrófagos que fagocitan los restos mielínicos.

Ultraestructuralmente, la alteración más precoz es un desdoblamiento de las láminas mielínicas que se desprenden posteriormente de los axones y son fagocitados por los macrófagos dejando intactas las células de schwann⁽²⁾

Fisiopatología.- En las formas desmielinizantes del SGB, el mecanismo fisiopatológico de la parálisis flácida y de las alteraciones sensitivas es el bloqueo de la conducción. Esta observación demostrable por medios electrobiológicos, implica que las conexiones axonales permanecen intactas. Por tanto, la recuperación puede tener lugar tan pronto como se produzca la desmielinización. En casos graves de SGB desmielinizante se suele producir degeneración axonal secundaria; su intensidad se demuestra electrofisiológicamente.

La mayor intensidad de la degeneración axonal secundaria se relaciona con una mayor lentitud en la recuperación y con un mayor grado de discapacidad residual. Cuando el estudio electrofisiológico indica un patrón axonal primario, la explicación es que los axones han sufrido degeneración y se han desconectado de sus objetivos (específicamente, de las uniones neuromusculares) y, por tanto, deben regenerarse para que tenga lugar la recuperación. En los casos con afectación axonal motora en los que la recuperación es rápida, se considera que la lesión está localizada en ramas motoras preterminales, lo que permite que tengan lugar rápidamente la regeneración y la reinervación.⁽³⁾

CLASIFICACIÓN

El Síndrome de Guillain Barré se clasifica en tres tipos:

- I. Polirradiculitis tipo Laundry, de mal pronóstico, debido a que produce parálisis ascendente que puede llegar a afectar el bulbo.
- II. Polirradiculitis Subaguda
- III. Polirradiculitis crónica, que puede ser recurrente o continúa.⁽⁵⁾

La enfermedad se presenta, en su evolución, en 3 (tres) fases

- 1.- Fase de extensión
- 2.- Fase de estado
- 3.- Fase de recuperación

1- FASE DE EXTENSIÓN

El paciente comienza a sentir sensación de "hormigueo en las piernas o debilidad muscular. Las parestesias en las extremidades y el déficit motor son comunes, pero más frecuente es que aparezca el compromiso motor. Se afectan los miembros inferiores precozmente y la extensión suele ser ascendente, de forma progresiva, en un tiempo estimado de 1 semana, 1 semana y media. Hay que tener mucho cuidado con estos pacientes por la posible aparición del compromiso de los músculos respiratorios o algún trastorno en la deglución (En estos casos son pacientes pasibles de internación y de cuidados intensivos).

2- FASE DE ESTADO

Es donde aparecen la mayoría de los signos neurológicos. El compromiso motor puede llegar al extremo, puede aparecer una tetraplejía con compromiso respiratorio y deglutorio. Otros casos pueden limitarse al compromiso de los miembros inferiores. Aparece arreflexia generalizada. Suceden parestesias, se compromete la sensibilidad táctil y profunda (por compromiso de los cordones posteriores, vía de Goll y Burdach). Toma nervios craneales, aparece una parálisis facial que puede ser uni o bilateral, puede verse parestesia trigeminal.

Cuando toma los pares craneales IX-X (glosofaríngeo y neumogástrico) aparecen los trastornos de la deglución.

Cuando toma el sistema nervioso vegetativo se ve que el paciente cursa con hipertensión, trastornos en la repolarización cardíaca (visibles en el ECG), alteraciones en la glucemia, hiponatremia, SIHAD (secreción inapropiada de hormona antidiurética) o bradicardias (que puede llevar hasta un paro cardíaco).

3- FASE DE RECUPERACIÓN

Los signos neurológicos regresan en orden inverso al que aparecieron luego de 1 a 2 semanas de estabilidad en los síntomas. Estos cambios lo hacen en forma más lenta en relación a como aparecieron. El tiempo de regresión puede durar desde semanas hasta meses. La recuperación puede ser total o dejar secuelas motoras o sensitivas hasta en un 20% de los casos. ⁽²³⁾

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los síntomas de Guillain-Barré empeoran muy rápidamente y puede tomar únicamente unas cuantas horas para llegar a los síntomas más graves.

La debilidad muscular o la pérdida de la función muscular (parálisis) afecta ambos lados del cuerpo. Si la debilidad muscular comienza en las piernas y luego se disemina a los brazos, se denomina parálisis ascendente.

Los pacientes pueden notar hormigueo, dolor en la pierna o la mano y torpeza. A medida que la función muscular empeora el paciente puede requerir asistencia respiratoria.

A medida que la parálisis alcanza el nivel del tórax, el paciente puede necesitar ventilación asistida para respirar y los cambios en el movimiento y la sensibilidad ocurren de manera simultánea.

Por lo general, en las tres primeras semanas, hay una fase inicial en la que los síntomas se desarrollan rápidamente. A esto le sigue una fase estable en

donde no se presentan cambios y posteriormente una fase de recuperación, que puede durar de cuatro a seis meses o más, cuando hay mejoría de los síntomas.⁽¹⁰⁾

Los síntomas típicos son:

Debilidad muscular o pérdida de la función muscular (parálisis):

- La debilidad comienza en los pies y las piernas y puede progresar hacia arriba hasta los brazos y a los nervios craneanos.
- Puede empeorar rápidamente entre 24 y 72 horas.
- Puede comenzar en los brazos y progresar hacia abajo.
- Puede ocurrir en los brazos y las piernas al mismo tiempo.
- Puede ocurrir únicamente en los nervios craneanos.
- En los casos leves, es posible que no ocurra ni la parálisis ni la debilidad.
- Falta de coordinación.

Cambios en la sensibilidad

- Entumecimiento
- Disminución de la sensibilidad.
- Sensibilidad o dolor muscular (puede ser similar al dolor por calambres).

Algunos síntomas adicionales pueden ser:

- Visión borrosa
- Dificultad para mover los músculos de la cara.
- Torpeza y caídas.
- Palpitaciones (sensación táctil de los latidos del corazón).
- Contracciones musculares.
- Mareo
- Disuria (dificultad para empezar a orinar).
- Sensación de vaciamiento incompleto de la vejiga
- Incontinencia urinaria
- Estreñimiento

Síntomas de emergencia (se debe buscar ayuda médica inmediata):

- Dificultad para deglutir
- Sialorrea
- Dificultad respiratoria
- Ausencia temporal de la respiración.
- Incapacidad para respirar profundamente.
- Desmayos.

En algunos casos se puede afectar también el sistema nervioso autónomo, se observan labilidad de la, presión arterial y de la frecuencia cardiaca, hipotensión, postural, episodios de bradicardia intensa, a veces asistolia, es por esto que es muy importante la monitorización cardiovascular.

Todas las manifestaciones clínicas alcanzan su máxima expresión luego de varias semanas para luego estabilizarse y mantenerse en una meseta por un período variable, para finalmente comenzar la recuperación, la cual suele ser completa al cabo de tres a seis meses.⁽²³⁾

DIAGNÓSTICO

Antecedentes de debilidad muscular y parálisis en aumento pueden ser indicio del síndrome de Guillain-Barré, especialmente si hubo una enfermedad reciente.

Un **examen neurológico** muestra debilidad muscular y puede indicar disfunción del control de funciones corporales involuntarias (autónomas) como presión arterial y frecuencia cardíaca. La pérdida sensorial puede ser mínima, incluso cuando se presentan cambios sensoriales.

El diagnóstico se establece al observar el patrón de parálisis de rápida evolución con arreflexia, ausencia de fiebre y otros síntomas generales, así como los antecedentes característicos. Durante las fases iniciales, las pruebas analíticas son útiles sólo para excluir otros procesos que se pueden parecer al SGB.

Puede haber evidencia de disminución de la capacidad para respirar, ocasionada por la parálisis de los músculos respiratorios y una disminución en los reflejos tendinosos profundos de los brazos y piernas.

- VCN (velocidad de conducción del nervio): muestra desmielinización.
- EMG (un examen de actividad eléctrica en los músculos): muestra ausencia de estimulación nerviosa.
- Examen de LCR (líquido cefalorraquídeo): puede ser anormal, mostrando aumento de proteínas, sin aumento del conteo de glóbulos blancos
- ECG: puede mostrar anomalías en algunos casos. ⁽²⁶⁾

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Existe una gama de enfermedades que pueden presentarse como una parálisis flácida aguda:

1.-Neuropatías agudas:

- Porfirias
- Neuropatía del paciente crítico
- Difteria
- Toxinas
- Vasculitis
- Enfermedad de Lyme

2.- Enfermedades de la placa neuromuscular:

- Botulismo
- Miastenia Gravis

3.- Enfermedades musculares:

- Hipokalemia e hipofosfatemia.
- Polimiositis
- Rabdomiolisis

4.- Enfermedades del sistema nervioso central

- Poliomiелitis, rabia
- Mielitis transversa
- Trombosis de la Arteria Basilar

TRATAMIENTO

El tratamiento específico del síndrome de Guillain-Barré será determinado por su médico basándose en lo siguiente:

- Su edad, su estado general de salud y su historia médica.
- Qué tan avanzado está el síndrome.
- Su tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o terapias.
- Sus expectativas para la trayectoria del síndrome.
- Su opinión o preferencia.

En la actualidad no existe una cura conocida para el síndrome de Guillain-Barré. Sin embargo, el objetivo del tratamiento consiste en reducir la gravedad de la enfermedad y contribuir a la recuperación. El tratamiento puede incluir:

Terapia con altas dosis de inmunoglobulina La inmunoglobulina intravenosa (IVIG) es un poco arriesgado, fácil de administrar el tratamiento para el GBS. Esta terapia implica altas dosis intravenosas de las proteínas que el cuerpo utiliza normalmente en dosis pequeñas. El IVIG es tan eficaz como el intercambio del plasma y se recomienda para los adultos con los síntomas más graves. La eficacia del IVIG todavía no se ha probado en niños y en pacientes con síntomas leves. ⁽¹³⁾ ⁽²⁷⁾

Terapia hormonal.

Fisioterapia (para aumentar la flexibilidad y la fuerza de los músculos).

Intercambio del plasma: También conocido como plasmaféresis. Esta terapia quita sangre del paciente, separa las células rojas y blancas de la sangre del plasma, y después devuelve las células rojas y blancas. Deben producirse cuatro o cinco tratamientos del intercambio del plasma, uno por día.

El intercambio del plasma es relativamente seguro, pero puede ser un tratamiento precipitado para algún paciente del GBS; también es costoso y sólo está disponible en centros con equipos adecuados.

La combinación de la inmunoglobulina y plasmaféresis no es significativamente mejor que cualquiera de ellos administrado por separado. La Ig IV se suele administrar en forma de cinco infusiones diarias hasta una dosis total de 2g/kg de peso corporal. Con respecto a la plasmaféresis, se suele efectuar un ciclo con intercambio de aproximadamente 40-50 ml/kg de plasma al día, durante 4 a 5 días. En los pacientes que reciben tratamiento al inicio del SGB y que mejoran por ello, es posible la recidiva a la segunda o tercera semana. Un nuevo ciclo terapéutico breve con el tratamiento original suele ser eficaz. No se ha demostrado que los glucocorticoides sean eficaces en el SGB. ⁽²²⁾

En la fase de empeoramiento del SGB, la mayoría de los pacientes necesita la hospitalización en una unidad de cuidados intensivos para el control de la capacidad vital, el mantenimiento del aparato cardiovascular y la fisioterapia torácica. Como ya hemos señalado, aproximadamente el 30% de los pacientes con SGB requiere ventilación asistida, en ocasiones durante períodos prolongados (varias semanas o más). Son medidas importantes la recolocación frecuente del paciente en la cama y el cuidado de su piel, así como los ejercicios diarios con distintos arcos de movilidad para evitar las contracturas articulares. La mayoría de los pacientes se recuperan, incluyendo a los casos más severos, pero es posible que algunos continúen teniendo un cierto grado de debilidad. ⁽²⁵⁾

Otros tratamientos se orientan a la prevención de las complicaciones como el ahogamiento durante la alimentación (mediante el posicionamiento o el uso de una sonda de alimentación), los coágulos sanguíneos (a través de la posición y en algunas ocasiones adelgazantes sanguíneos), cateterización intermitente de la vejiga y otros. El dolor se trata de manera agresiva con agentes y narcóticos si es necesario. ⁽¹⁶⁾

Tratamiento de soporte:

- Hospitalización.
- Monitorización.
- Ventilación mecánica.
- Traqueostomía después de 2 semanas.
- Analgesia.
- Soporte nutricional intensivo.

Ventilación mecánica:

- La decisión de intubar y ventilar a un paciente con SGB debe ser precoz.
- La intubación de pacientes con SGB es habitualmente más difícil, ya que se puede presentar una hipercalemia letal cuando se utiliza succinilcolina.
- La disautonomía habitualmente exagera la respuesta hipotensora inducida por drogas y se pueden presentar bradiarritmias durante la manipulación de la vía aérea.

Analgesia

El dolor es un síntoma común y se presenta en alrededor de un 50%. El tipo más común es un dolor muscular profundo, que puede ser manejado habitualmente con Paracetamol, AINEs y narcóticos. El dolor neuropático es también frecuente y se puede manejar con Nortriptilina, en dosis de 10 a 50 mg. al día.

Otras opciones terapéuticas incluyen: Carbamazepina, Ac. Valproico Gabapentina.

Soporte nutricional intensivo

SGB es un estado hipercatabólico comparable al trauma severo o a la sepsis. Si no hay evidencias de compromiso gastrointestinal se debería iniciar alimentación enteral con 40 a 45 kcal/kg. de calorías no proteicas y 2 a 2,5 gr/kg. de proteínas al día. En caso de ileon paralítico se debería usar nutrición parenteral. ⁽¹⁶⁾.

Tratamiento Específico

- 1.- Plasmaféresis (PF).
- 2.- Inmunoglobulina Endovenosa.
- 3.- Corticoides.
- 4.- Filtración de LCR

Terapia Inmunomoduladora

1. Plasmaféresis.

El North American GBS study group mostró beneficios significativos en el grupo PF en:

- Mejoría más rápida a las 4 semanas.
- Mejores outcomes a los 6 meses.
- Weaning precoz.
- Deambulación independiente un mes antes.

La plasmaféresis se recomienda en pacientes con compromiso severo, es decir, aquellos que no pueden caminar sin apoyo.

La eficacia aumenta si se inicia antes de 2 semanas del inicio de los síntomas.

La dosis recomendada es una serie de 5 intercambios (40-50 ml/kg).

Complicaciones:

Hipotensión

Reacciones al citrato

Hematoma del sitio de punción

Neumotórax

Sepsis relacionada a catéter

2.- Inmunoglobulina Endovenosa.

El estudio Holandés mostró el beneficio de 5 infusiones diarias de IG (0,4 g/kg/día) administradas las primeras 2 semanas desde el inicio de la enfermedad.

Se comparó PF con IG y ambas modalidades fueron igualmente efectivas y la asociación no fue mejor.

En el subgrupo de pacientes con títulos positivos de anticuerpos anti GM1 respondió mejor a Ig que a PF.

La Inmunoglobulina tiene algunas ventajas con respecto a PF:

- No produce inestabilidad hemodinámica.
- Es de fácil administración.
- No requiere de accesos venosos especiales.

Complicaciones:

- Anafilaxia por déficit de Ig A
- Falla renal aguda
- EPA
- Meningitis aséptica
- Complicaciones trombóticas por hipercoagulabilidad transitoria.

3.- Corticoides

No hay diferencia significativa en los estudios de control primarios entre los grupos. Por lo tanto, los corticoides no deberían ser usados en forma rutinaria en SGB. ⁽²²⁾

COMPLICACIONES

- Dificultad respiratoria (insuficiencia para respirar)
- Broncoaspiración de alimentos o líquidos (aspiración)
- Neumonía

- Aumento del riesgo de infecciones
- Trombosis venosa profunda
- Pérdida permanente del movimiento en un área
- Contracturas de las articulaciones u otras deformidades⁽²⁵⁾

PRONÓSTICO Y RECUPERACIÓN

Aproximadamente el 85% de los pacientes con SGB logra la recuperación funcional completa al cabo de varios meses o un año, aunque pueden persistir pequeñas alteraciones en la exploración física (como la arreflexia). La tasa de mortalidad es menor del 5% en el mejor de los contextos; en los casos de fallecimiento, la causa de la muerte suele ser la aparición de complicaciones pulmonares secundarias. El 5 al 10% se recuperan con invalidez severa (la mayoría de estos casos incluye daño proximal motor). El pronóstico es peor en los pacientes con lesión axonal proximal motora y sensitiva grave. Esta lesión axonal puede ser primaria o secundaria, pero en cualquier caso no se produce una regeneración eficaz. Otros factores que empeoran el pronóstico de recuperación son la edad avanzada, los cuadros fulminantes o muy graves y el retraso en el inicio del tratamiento.⁽⁸⁾

La rehabilitación de estos pacientes puede iniciarse antes del período de recuperación (mantenimiento del tono muscular), pero la terapia física esta indicada cuando se ha producido una evidente mejoría clínica.⁽¹⁷⁾

VIII. CASO CLÍNICO

FI= Paciente masculino de 23 años de edad, originario y residente de Morelia Michoacán, soltero, con secundaria terminada, religión católica, ocupación obrero. Vive en casa de sus papás ocupando el 5º lugar entre sus 9 hermanos.

AHF= Carga de HAS por parte de su madre HAS y DM2 por parte de tío paterno.

Padre y hermanos en aparente buen estado de salud.

APNP= Habita casa de tipo urbano contando con todos los servicios intradomiciliarios habitada por 7 personas y contando con 3 habitaciones, alimentación aparentemente buena en calidad y cantidad. Alcoholismo positivo desde los 17 años consumiendo hasta la embriaguez 1 vez por semana. Tabaquismo Negativo.

Antecedentes quirúrgicos, traumáticos, alérgicos y transfusionales negativos.

DX: Síndrome de Guillain Barrè (Variedad Neuropatía Axonal Motora Aguda), diagnosticado desde el 18 de junio del 2007.

Inicia su padecimiento cuando sufre caída y parálisis generalizada tras estar en su trabajo, la cual comienza en Miembro torácico, al ingreso presenta crisis hipertensiva y descargas de disautonomías, por lo que es manejado como Pb EVC, el 19-06-07 al ser valorado por UTI, concluyen una poliradiculoneuropatía, ingresando a su servicio por 1 mes, dado de alta el 18-07-07 con apoyo de amina a dosis beta, así como VM en modo de SIMV alterno con CPAP durante el día, durante su estancia se consigue retirar aminas y retirar ventilador dejando actualmente apoyo de O2 suplementario con Nebulizador Puritan intermitente (c/6 hrs 2 hrs.) con el fin de tratar más los músculos respiratorios, aun con reflejos de la tos pobre, por lo cual se condiciona un mal manejo de secreciones, siendo esta un impedimento para su evolución a la mejoría; por el riesgo de desarrollar una infección intrahospitalaria, por lo cual debe continuar rehabilitación respiratoria con el apoyo de inhaloterapia.

Se encuentra actualmente, con catéter subclavio funcional, con ruidos cardiacos rítmicos sin soplo, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, abdomen, con la presencia de sonda de gastrostomía, peristálsis presente +, extremidades hipotróficas, flácidas, se observa movimiento solo de brazo, antebrazo y hombro del lado derecho, del lado izquierdo solo se observa movimiento a nivel del hombro, resto a un no.

Laboratorios:

Hb 13.3
Hto 41
Plt 329,000
Leu 10,280
Leu 23%
Neu 64%
TP 15/11
TPT 33/35

Función Renal Normal

IX. APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

VALORACIÓN POR NECESIDADES

1.- Necesidad de Oxigenación

Alterada debido a que el usuario se encuentra con traqueostomía lo cual requiere de aspiración de secreciones para realizar un buen intercambio de gases. Manifiesta que los días pasados presentó un período de broncoaspiración por lo que fue atendido inmediatamente por el personal médico, esto lo dejó con miedo al igual que a su familiar de volver a presentar otro período similar.

2.- Necesidad de Nutrición e Hidratación

Se encuentra alterada debido a que el paciente recibe alimentación por sonda gástrica al no poder deglutir los alimentos por sí solo.

3.- Necesidad de Eliminación

Alterada debido a que presenta incontinencia urinaria y de evacuaciones las cuales son escasas por el estreñimiento que frecuentemente presenta.

4.- Necesidad de Moverse y mantener buena postura

Se encuentra alterada debido a los síntomas del síndrome de Guillain Barré. Tiene alto riesgo de presentar úlceras por decúbito debido a que solo se encuentra en posición semifowler.

5.- Necesidad de Sueño y Descanso

Alterada ya que el paciente manifiesta que ocasionalmente no puede dormir debido al ambiente hospitalario.

6.- Necesidad de Vestirse adecuadamente

Alterada ya que requiere de ayuda de otras personas al no poder hacerlo por sí solo debido a la debilidad muscular que presenta.

7.- Necesidad de Termorregulación

Esta necesidad no se encuentra alterada, el paciente refiere una temperatura de 36.5°C.

8.- Necesidad de Higiene y Protección de la piel

Se encuentra alterada ya que no puede bañarse por sí solo y su familiar solo lo auxilia 1 vez por semana, además de que presentar mal aspecto, mal olor, y descamación cutánea.

9.- Necesidad de evitar peligros

Se encuentra alterada ya que presenta alto riesgo de contraer infecciones intrahospitalarias.

10.- Necesidad de Comunicación y Sexualidad

Alterada debido a que la traqueostomía le impide comunicarse presentando afonía y palabras poco entendibles.

11.- Necesidad de vivir según creencias y valores

No se encuentra alterada, es de religión católica y tiene fe en que pronto va a recuperarse.

12.- Necesidad de Trabajar y realizarse

Alterada debido a que se encontraba trabajando para ayudar a su familia sin embargo ahora solo espera volver a ese trabajo para seguir haciéndolo.

13.- Necesidad de jugar y participar en algunas actividades recreativas

Se encuentra alterada ya que antes de padecer la enfermedad jugaba fútbol y desea volver a hacerlo. Además refiere aburrimiento dentro del hospital al no realizar las actividades que solía llevar antes de ser internado.

14.- Necesidad de Aprendizaje

Se encuentra alterada ya que el paciente no conoce nada acerca de su enfermedad.

DIAGNÒSTICO

Expectoración ineficaz relacionada con reposo en cama prescrito manifestado por acumulación de secreciones traqueobronquiales que impiden el adecuado intercambio de gases.

OBJETIVOS:

El usuario mantendrá las vías aéreas permeables favoreciendo así el intercambio gaseoso.

Evitar infección de traqueostomía por mal manejo de secreciones.

El usuario recuperará su capacidad respiratoria durante su estancia hospitalaria.

PLANEACIÓN

Aspiración de secreciones con técnica estéril 2 veces por turno o cada vez que el usuario lo requiera para mejorar la ventilación y evitar broncoaspiración.

Realizar ejercicios respiratorios para mejorar el intercambio gaseoso de los pulmones.

Realizar fisioterapia pulmonar 2 veces por turno durante 10 minutos para que fluidifique secreciones.

Mantenerlo en posición semifowler para evitar broncoaspiración.

EJECUCIÓN

Se realizaba aspiración de secreciones cada vez que el usuario lo requería y no presentó broncoaspiración.

Se realizaron ejercicios respiratorios con un espirómetro 2 vez por turno durante 15 minutos.

Después del baño de esponja se realizaba la fisioterapia pulmonar por 10 minutos y posteriormente se aspiran secreciones con técnica estéril. También se invitó al usuario a tomar diariamente 2 litros de agua al día para fluidificar secreciones así mismo se mantiene en posición semifowler regularmente.

EVALUACIÓN

El objetivo se cumplió ya que el usuario mantuvo la vía aérea permeable mejorando la función respiratoria, ya no cuenta con oxígeno y se está valorando el retiro de la cánula endotraqueal de la cual no presentó infección. De igual forma logró tomar 2 litros de agua diarios favoreciendo la salida de secreciones menos espesas.

FUNDAMENTACIÓN

La oxigenación depende de la capacidad de los pulmones para introducir oxígeno en la sangre y a la capacidad del corazón para bombear suficiente sangre a fin de introducir el oxígeno en la microcirculación de las células. ⁽¹⁸⁾

Aspiración de secreciones. Se utiliza para el drenaje de secreciones del árbol bronquial principal.

Mejora la permeabilidad de las vías aéreas respiratorias.

Previene y evita la disnea, hipoxia e hipercapnia.

Previene la formación de infecciones y atelectasias por acumulo de secreciones. ⁽¹²⁾

Los ejercicios respiratorios: contribuyen a mejorar la mecánica respiratoria, a evitar la aparición de enfermedades bronquiales y pulmonares así como la anquilosis de las vértebras torácicas. ⁽¹⁴⁾

Fisioterapia Pulmonar: El Clapping es una técnica de percusión pasiva que se emplea en fisioterapia respiratoria para limpieza bronquial, la cual está basada en dar un palmoteo por parte del terapeuta con las manos huecas sobre la pared torácica.

El movimiento de la mano se debe imprimir a partir de la muñeca y no del codo, dejándola relajada consiguiendo golpes secos, rítmicos y suaves, así como también deberá usar toda la fuerza del cuerpo para realizar la técnica, por lo que éste debe adoptar una postura óptima para no fatigarse.

A nivel periférico: Aumenta la contractibilidad y el tono muscular (con lo que se dará una mejora de la respiración), a la vez disminuye la excitabilidad de las terminaciones nerviosas y estimula la circulación sanguínea. ⁽¹⁵⁾

Interior del pulmón: Ayuda a la fluidificación del moco que hay dentro de éste, tiene un efecto tixotrófico sobre él con lo que de gelatinoso pasa a ser líquido, y disminuye la adhesión de las secreciones que se encuentran en las paredes bronquiales. La modificación de las características del esputo favorece el transporte del moco por parte de los cilios vibrátiles hacia el exterior, ya que aumenta la movilidad de éstos.

La finalidad básica de la técnica es la movilización rápida del moco, estimulando la tos, con lo que se favorece la expectoración y la expulsión de las secreciones del árbol bronquial. ⁽¹⁶⁾

La hidratación del paciente es una medida profiláctica para prevenir la acumulación de secreciones persistentes y espesas. La mayoría de los pacientes deberán tomar de 2 a 3 litros de líquidos diarios, ya sea, por S.N.G. o por vía endovenosa. ⁽¹⁴⁾

Habitualmente se le realiza el clapping en decúbito lateral, y es importante que el enfermo esté relajado y que la técnica no sea dolorosa. De igual forma la posición semifowler ayuda a que el paciente por gravedad fluidifique secreciones. ⁽²¹⁾

DIAGNÒSTICO

Estreñimiento en relación con inmovilidad prolongada manifestado por ausencia evacuaciones y distensión abdominal.

OBJETIVOS

El usuario mantendrá un patrón regular de eliminación así como el equilibrio hidroelectrolítico durante su estancia hospitalaria.

PLANEACIÓN

Realizar ejercicios de movilidad para favorecer la motilidad gastrointestinal y normalizarla.

Ministrar ingesta suficiente de líquidos (2 litros de agua/día) para mantener los patrones de actividad intestinal y promover una consistencia adecuada de deposiciones.

Ministración de enemas por razón necesaria para favorecer la defecación.

EJECUCIÓN

Por el momento se realizan ejercicios de movilidad intestinal, se toma 2 litros de agua en ocasiones 2 litros y medio.

El usuario toma 2 litros de agua diariamente favoreciendo así la evacuación..

Se ministran enemas cuando el paciente no puede defecar después de 3 días.

EVALUACIÓN

El objetivo se cumplió al 100% ya que el usuario evacua diariamente sin complicaciones.

FUNDAMENTACIÓN

Ejercicios de Movilidad Intestinal:

Los ritmos circadianos pueden servir de ayuda para regularizar la defecación. La actividad influye en la eliminación intestinal al mejorar el tono muscular y estimular el apetito y el peristaltismo. ⁽¹⁸⁾

Ingesta de Líquidos: Se necesita una ingesta suficiente de líquidos (al menos 2 litros diarios), para mantener los patrones de actividad intestinal y promover una consistencia adecuada de las deposiciones. Una dieta equilibrada con alto contenido en fibra estimula el peristaltismo. ⁽¹⁵⁾

Los laxantes y enemas: no forman parte del programa de control intestinal y se utilizarán sólo en casos de emergencia. Su función es limpiar el intestino, desintoxicar el organismo, aliviar la flatulencia, complementar tratamiento antiherméticos y evitar esfuerzos al paciente durante la defecación. ⁽¹⁶⁾

DIAGNÒSTICO

Deterioro de la movilidad física relacionado la pérdida de la función muscular manifestado por no poder deambular y realizar sus actividades diarias.

OBJETIVOS

Motivar al usuario al usuario a realizar los ejercicios musculares diariamente con horarios establecidos.

El usuario y el familiar conocerán la importancia de los ejercicios y participarán en ellos.

Evitar las úlceras por decúbito y así mismo infecciones.

PLANEACIÓN

Ayudar al usuario a realizar los ejercicios de movilidad pasiva en los miembros superiores e inferiores 3 veces al día durante 15 minutos.

Ir aumentando el número de ejercicios y el tiempo cada semana.

Instruir al familiar sobre los ejercicios que deben realizarse y la importancia de los mismos.

Evitar períodos prolongados en la misma posición, protegiendo también prominencias óseas para prevenir complicaciones.

Realizar vendaje compresivo de miembros inferiores para ayudar a su circulación.

EJECUCIÓN

Después del baño se realizaron ejercicios de flexión, extensión, rotación, abducción en miembros inferiores y superiores, cabeza y cuello 1 o 2 veces por turno durante 15 minutos y fue aumentando hasta llegar a 30 minutos dependiendo del estado de ánimo del paciente.

Se invitó al familiar a realizarle los ejercicios y que conozcan la importancia de los mismos.

Se realizaron cambios de posición cada 3 horas previniendo así las úlceras decúbito y se protegían prominencias óseas con una dona y sábanas.

Diariamente se vendaban los miembros inferiores ayudando así la circulación sanguínea del usuario.

EVALUACIÓN

Se realizaron ejercicios de flexión, extensión, rotación y abducción y cambios de posición en cama cada 3 horas, logrando que solo pueda mover por completo el miembro superior derecho aunque no presenta fuerza en el mismo, además los miembros inferiores suelen moverse involuntariamente de vez en cuando y refiere sensibilidad en ellos.

No presentado úlceras por decúbito ya que se protegieron prominencias óseas.

El familiar participó en los ejercicios musculares y comprendió la importancia de los mismos.

FUNDAMENTACIÓN

Según Millar (1990), “la movilidad es uno de los aspectos más importantes del funcionamiento físico, porque es esencial para el mantenimiento de la independencia”.⁽¹⁸⁾

Ejercicios: Los ejercicios de movilización pasiva mejoran la movilidad de las articulaciones y la circulación.

Son aquellos en las que la energía requerida para mover la parte del cuerpo la proporciona la enfermera, mediante un equipo mecánico, o el paciente hacia una extremidad afectada.

Los ejercicios pasivos se hacen normalmente para corregir problemas específicos del paciente. Para los ejercicios pasivos, el paciente tomará una

posición que permita la libertad de movimientos a la articulación que se va a mover.

Ejercicios Pasivos para alcanzar el Arco Normal de Movimientos.

1. Los ejercicios pasivos son realizados por la enfermera o el terapeuta en el paciente que no puede realizarlos por sí mismo. Son adecuados los mismos movimientos que fueron explicados en los ejercicios activos para todas las articulaciones, pero debido a limitaciones de posición o del estado del enfermo, no se obtiene el rango completo. La meta es alcanzar el mayor movimiento posible, se ejecuta cada movimiento tres veces a lo más que tolere el paciente. Utilice la mecánica corporal adecuada.
2. La cabeza debe estar flexionada, extendida, hiperextendida y extendida a cada uno de los lados.
3. El hombro debe ser flexionado, extendido, abducido y aducido y después en rotación externa e interna.
4. El codo y el antebrazo deben ser flexionados, después extendido, en supinación y pronación.
5. La mano y la articulación de la muñeca deben ser flexionada e hiperextendidas al mismo tiempo pueden flexionar los dedos, la abducción y la aducción de la muñeca se pueden efectuar al mismo tiempo que los dedos se juntan y se separan.
6. La pierna y la cadera deben ser flexionadas hacia fuera y hacia dentro, en rotación y en abducción y aducción. El tobillo debe ser flexionado hacia el dorso, invertido y evertido. También en flexión plantar. Los dedos deben ser flexionados e hiperextendidos.
7. Con el enfermo en posición prona, el brazo puede ser hiperextendido y la cadera también.

Modificaciones Específicas: Si el paciente presenta debilidad o limitaciones debido a su enfermedad o a lesiones, los ejercicios deben incluir el mayor número de actividades posibles, pero sin amenazar la movilidad actual.

La inmovilidad prolongada y el deterioro de la función neurosensorial pueden producir contracturas permanentes.

El reposo en cama prolongado o la disminución del volumen sanguíneo pueden producir una caída súbita en la tensión arterial (hipotensión ortostática) al volver la sangre a la circulación periférica. El avance gradual hacia el aumento de la actividad reduce la fatiga y aumenta la resistencia. ⁽¹⁷⁾

DIAGNÒSTICO

Deterioro de la comunicación verbal relacionado con traqueostomía manifestado por afonía y afirmaciones poco entendibles.

OBJETIVOS

El usuario mejorará la capacidad para expresarse.

El usuario expresará una menor frustración respecto a la comunicación.

PLANEACIÒN

Animar al usuario a que haga gestos y represente mediante mímica.

Observar atentamente el movimiento de sus labios cuando intente comunicarse.

Pedirle que repita las palabras que no estén claras.

Reducir el ruido ambiental para aumentar la capacidad del personal de escuchar las palabras.

EJECUCIÒN

Se invitó al usuario a que hiciera gestos o mímica cuando deseara comunicarse.

Se observaban los labios cuando se expresaba, comprendiendo más lo que trataba de comunicar y se le pedía que repitiera las palabras que no eran claras.

Se mantenía en un ambiente tranquilo (habitación) favoreciendo la comunicación y tranquilidad para el usuario.

EVALUACIÓN

El objetivo se cumplió ya que se le logró entender las frases por los gestos y mímicas que hacía y de igual forma repetía las palabras que eran poco entendibles. Por otro lado logró aumentar el tono de voz escuchándose y entendiéndose más lo que nos comunicaba.

FUNDAMENTACIÓN

La comunicación eficaz es un proceso interactivo que implica el intercambio mutuo de información (pensamientos, ideas, sentimientos y percepciones) entre dos o más personas. Este proceso puede ser obstaculizado por problemas con la emisión o la recepción de los mensajes o ambos. La comunicación proporciona una sensación de seguridad a los pacientes de que no están solo y de que hay personas que los escuchan. Una comunicación deficiente puede producir sentimiento de frustración, hostilidad, depresión, miedo, confusión y aislamiento.

El significado de los mensajes está afectado no sólo por la elección de las palabras, sino también por el tono y entonación de la voz, la proximidad de los comunicantes y el uso del lenguaje corporal, contacto ocular y gestos. Las palabras que expresan aprobación o aceptación pueden ser negadas por el lenguaje corporal, las expresiones faciales y el contacto ocular que expresa desaprobación. ⁽¹⁸⁾

DIAGNÒSTICO

Riegos de potencial de infección relacionada con sonda vesical debido al tiempo de permanencia de la misma.

OBJETIVOS:

El usuario no presentará infección durante el tiempo que tenga la sonda vesical.

PLANEACIÓN:

El usuario mantendrá una ingesta adecuada de líquidos.

El usuario mantendrá la sonda a gravedad para facilitar la eliminación de orina residual de la sonda vesical.

EJECUCIÓN:

El usuario tomaba 2 litros de agua diariamente ayudando así al vaciamiento de la orina y que esta salga más clara.

Se eliminó la orina residual facilitando la salida con métodos como los de Credè, micciones múltiples, golpecitos suprapúbicos, sondaje intermitente.

Se mantuvo la sonda a gravedad logrando que no se regresara o estancara la orina impidiendo de esta forma el crecimiento bacteriano y evitando una infección ascendente.

EVALUACIÓN:

El objetivo se cumplió al 100% ya que el usuario no presentó infección durante el tiempo que tuvo la sonda foley la cual fue retirada poco tiempo después.

FUNDAMENTACIÓN

El estancamiento o remanso de la orina contribuye el crecimiento bacteriano. Las bacterias pueden viajar por los uréteres hasta el riñón (infección ascendente).

Las infecciones recurrentes de vejiga producen cambios fibróticos en la pared de la vejiga, dando como resultado una disminución de su capacidad.

El estancamiento urinario, infecciones, orina alcalina y disminución del volumen contribuyen a la formación de cálculos en el aparato urinario.

La orina ácida diluida ayuda a prevenir la infección y permite la solubilidad de las materias orgánicas. ⁽¹⁸⁾

El auto-sondaje intermitente es el drenaje periódico de la orina por el individuo mediante el uso de una sonda vesical, como está indicado cuando una afectación neurológica afecta al vaciado de la vejiga. Este método mantiene la tonicidad de los músculos de la vejiga, previene la sobredistensión y proporciona un vaciado completo. Evita contactos de la orina con heridas parineales y previene lesiones de la piel. ⁽¹⁵⁾

DIAGNÒSTICO

Déficit de autocuidado: baño/higiene relacionado con debilidad muscular manifestado por dificultad (no poder) para bañarse (lavarse todo el cuerpo, afeitarse, peinar el pelo, lavarse los dientes, realizar cuidado de la piel y uñas).

OBJETIVO

El usuario expresará una sensación de comodidad y satisfacción después del baño y aseo personal.

PLANEACIÓN

Realizar baño de esponja diariamente proporcionando intimidad durante el mismo.

Mantener un entorno tranquilo, seguro y ordenado para que el usuario se sienta más cómodo.

Observar el estado de la piel durante el baño para así detectar posibles enrojecimientos o lesiones.

Hidratar la piel del usuario y realizar aseo personal.

EJECUCIÓN

Se realizaba baño de esponja diariamente con agua tibia evitando que el usuario sienta el menos frío posible y al mismo tiempo se observaba el estado de la piel.

Se mantenía al usuario en una habitación tranquila, segura y ordenada ofreciendo intimidad durante el baño.

Al finalizar el baño se colocaba crema o vaselina para hidratar la piel, se realizan cepillado dental, se peina el pelo y cuando era necesario se le cortaban las uñas y se afeitaba.

EVALUACIÓN

El objetivo se cumplió diariamente ya que el usuario se mostró más cómodo, limpio y presentaba buen olor y aspecto de su imagen.

FUNDAMENTACIÓN:

Baño en cama

Es la limpieza que se hace como parte de la higiene del paciente que no puede hacerlo por sí mismo.

Principios Científicos:

Fisiología:

Estimula la circulación, ya que hay una dilatación de las arteriolas superficiales, trayendo más sangre, más nutrientes a la piel.

Psicología:

El baño provoca un sentido de bienestar, ayuda frecuentemente a la moral, apariencia y autorespeto del individuo.

Microbiología:

El almacenamiento de cebo puede ser en sí irritante, ya que ayuda al desarrollo bacteriano. ⁽²⁰⁾

DIAGNÒSTICO

Déficit de conocimientos relacionado con falta de información sobre su enfermedad manifestado por preocupación y miedo.

OBJETIVO

El usuario conocerá la etiología, sintomatología y tratamiento del Síndrome de Guillain Barrè disminuyendo su preocupación y miedo.

PLANEACIÓN

Se informará al usuario y a su familiar acerca de la etiología, sintomatología y tratamiento de su enfermedad disminuyendo el grado de preocupación y miedo.

Se les cuestionará sobre la información que se les dio para evaluar que la hayan comprendido.

Se motivará para que coopere en su tratamiento y pronta recuperación.

EJECUCIÓN

Durante 2 sesiones de 15 minutos se le dió información al usuario y familiar acerca de la enfermedad y se aclararon dudas.

Se realizaron preguntas tanto al paciente como a su familiar sobre ¿Cuál es la causa de la enfermedad? ¿Cuáles son sus síntomas? ¿Cuál es su tratamiento? evaluando si comprendieron la información que se les dio.

Se motivó que pusiera de su parte para realizar los ejercicios musculares, respiratorios, fisioterapia pulmonar, cambios de posición en cama con horarios establecidos informándole que las actividades son para su propio beneficio.

EVALUACIÓN

El objetivo se cumplió ya que el usuario cooperó en todas las actividades que se le realizaban diariamente, conoció acerca de su enfermedad y se mostró tranquilo durante la evolución de esta.

DIAGNÒSTICO

Déficit de las actividades recreativas relacionado con incapacidad para realizar las rutinas habituales o favoritas manifestado por inmovilidad, aburrimiento y apatía.

OBJETIVO

El usuario se mantendrá distraído durante el día disminuyendo su aburrimiento y apatía.

PLANEACIÓN

Se colocará un televisor y una grabadora en el cuarto del paciente para que observe sus programas y escuche su música favorita.

Recibirá visita de sus familiares, compañeros de trabajo y amigos para que platique con ellos.

Se leerán libros durante el día para mantenerlo distraído.

EJECUCIÓN

Se colocó un televisor y una grabadora en su cuarto y él decide cuando desea disponer de ellas disminuyendo el aburrimiento durante el día.

Cada tercer día recibía visita y platicaban acerca de lo que pasa a su alrededor, en su trabajo y de cómo se siente física y emocionalmente.

Se leían libros diariamente durante media hora (historias, cuentos, chistes, adivinanzas, biblia) 2 veces al día participando en uno de ellos (adivinanzas) mostrando distracción, alegría y tranquilidad durante la sesión.

EVALUACIÓN

El objetivo se cumplió debido a que el usuario ha disminuyó su aburrimiento, apatía y se mostraba alegre y atento durante las sesiones del día.

FUNDAMENTACIÓN

Todos los seres humanos necesitan estímulos. En el adulto la falta de estímulos da como resultado el aburrimiento y la depresión. En el niño produce interrupciones de desarrollo y puede dañar gravemente el crecimiento.

El aburrimiento paraliza la productividad del individuo y produce un sentimiento de estancamiento. A menudo, es uno de los principales factores que contribuyen al abuso de sustancias (exceso de comida, abuso de drogas, alcoholismo y tabaquismo).

La musicoterapia o el uso controlado de la música, sus elementos y sus influencias en el ser humano para ayudar a la integración fisiológica, psicológica y emocional del individuo durante el tratamiento de una enfermedad o incapacidad (Munro y Mount, 1978), puede ser una actuación valiosa para aliviar el aburrimiento, despertar el interés y ayudar a los individuos a afrontar los problemas sociales (Buckwalter, Harsock y Graffney, 1985).⁽¹⁸⁾

Las actividades recreativas son técnicas que no están orientadas hacia una meta específica y que ejercen su efecto de un modo indefinido e indirecto. Entre dichas actividades se pueden mencionar la música, los juegos, las atracciones, etc., donde los grupos pueden elegir actuar con sus objetivos principales puestos en el campo de la recreación.

Con las actividades recreativas es posible aumentar la creatividad del grupo. Siempre y cuando éstas sean elegidas de acuerdo a los intereses y a las capacidades de los participantes.

Este método ayuda a la integración de los individuos al grupo, y proporciona oportunidades para el reconocimiento, la respuesta y nuevas experiencias. A su vez, crea una atmósfera agradable, aumenta la participación, facilita la comunicación, fija algunas normas grupales y desarrolla la capacidad de conducción. La gran ventaja de este tipo de actividad es la disminución de tensiones. Se considera como un auxiliar para el proceso de grupos que tienen objetivos definidos y propósitos más serios. ⁽¹⁵⁾

X. CONCLUSIONES

El SGB es una enfermedad autoinmune, poco frecuente y controlable aunque potencialmente mortal, muchos de sus signos y síntomas pueden confundirse con varias afecciones neurológicas, por lo que su diagnóstico precoz es de suma importancia para instaurar en el más breve plazo las medidas específicas destinadas a preservar la vida sobre todo en niños y pacientes jóvenes.

Por lo tanto, es de suma importancia que el personal de enfermería conozca la evolución de la enfermedad para ofrecer una atención de calidad al usuario con esta patología y evitar complicaciones más graves.

El Proceso Enfermero nos permite brindar una atención holística al usuario identificando las necesidades que presente y de igual forma teniendo las bases científicas para resolverlas, proporcionando así al personal de enfermería una mayor autonomía y eficacia en sus tareas.

XI. BIBLIOGRAFIA

1. Ann Mrriner-Tomey, Ph. D.,R.N,F.A.A.N.."Modelos y Teorías de Enfermería". Mosby/Dyona Libros 3ª Edición. pp. 102-111.
2. Barraquer, B. (1976) Neurología Fundamental 3. Ed. – Barcelona: Ed. Toray.Schaumburg, Herbert H. (1994) Enfermedades del Sistema Nervioso Periférico [et al]. – 19 ed. – México : Interamérica.
3. Braunwal, Fauci, Kasper, Hausor, Longo, Jameson. "Principios de Medicina Interna". Harrison, 15ª Edición. Mc Graw-Hill. Vol. II. España, S.A.U 2002.
4. Calleja J, C de Pablas y col. Estudio electrofisiológico en la fase inicial en el Síndrome de Guillain Barré. Rev. Neurol, 2.000; 30 (6): 514 - 519.
5. Colomer Oferil Jaume y Fernández Álvarez Emilio. Polineuritis aguda o Síndrome de Guillain Barré. En Fernández Álvarez - Fejerman. Neurología Pediátrica. Segunda edición. Editorial Panamericana, 1.997; 494 - 5.
6. Diccionario de Medicina. Océano Mosby. Editorial Océano, Milanesat, 21-23. Edificio Océano 08017 Barcelona (España).
7. Estrada González, Rafael. Y Colectivo de Autores (1976) Polirradiculoneuritis Aguda de causa desconocida: (Síndrome de Landry-Guillain-Barré-Strohl). La Habana: ed. Científico-Técnica.
8. Govoni V, Granieri E. Epidemiology of the Guillain-Barre syndrome. Current Opinion in Neurology 2001, 14:605-613.
9. HAMILTON, Helin y otros (1986). Procedimientos de Enfermería. Editorial Interamericana S.A. de C.V. MEXICO D.F.
10. Hans-Peter H. Acute immunoinflammatory neuropathy: update on Guillain-Barré síndrome. Current opinion in neurology 2002 15: 571-577.
11. Hariharan H; Nassema K; Kumaran C y col . Detection of Campylobacter jejuni/ Coli infection in patients with Guillain Barré syndrome by serology and culture. New Microbiol. Jul 1.996; 19 (3): 267 - 271.
12. Hospital SEVERO OCHOA. Manual de técnicas y procedimientos de enfermería.
13. Hughes RA, Raphael JC, Swan AV, van Doorn PA. Intravenous immunoglobulin for Guillain-Barre syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* . 2006 Jan 25;(1):CD002063. Review.

14. KING M. Eunice y Wiech. (1986). Técnicas de Enfermería. Editorial Interamericana. S.A. de C.V. MEXICO D.F
15. KOZIEL Erb. B. (1994). Fundamentos de Enfermería. Editorial Interamericana S.A. de C.V. MEXICO D.F.
16. Lewis JA. Procedimientos de cuidados críticos. México: Editorial El Manual Moderno, SA de CV, 1997.
17. More Chang, Homo Kemyata. (1986) Los ejercicios físicos con fines terapéuticos. La Habana : Ed. Revolucionaria.
18. Lynda Juall. Cardenito; Diagnósticos de Enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica Mc Graw-Hill. Interamericana. 9ª Edición. pp 31-34.
19. Manual de Procedimientos de Enfermería. (1984). Departamento de Enfermería de Massachusetts. General Hospital de Boston. Editorial Salvat. Ediciones Barcelona – España.
20. Parra Moreno M.L. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. MASSON S.A., 2003
21. Perry AG. Técnicas y procedimientos básicos. Ed. Harcourt Brace de España, SA. 4ª ed. España, 1998.
22. Plasmapheresis and acute Guillain-Barré syndrome. The Guillain-Barre Syndrome Study Group. Neurology 1984; 35:1096. Randomised trial of plasma exchange, intravenous immunoglobulin, and combined treatments in Guillain-Barre syndrome. Plasma Exchange/Sandoglobulin Guillain-Barre Syndrome Trial Group. Lancet 1997; 349:225.
23. Pou - Serradell A. Neuropatías disímunes adquiridas. Sintomatología clínica y clasificación. Revista de Neurología. 2000; 30 (6): 501- 518.
24. P.W. Iyer, B,J. Taptich. "Proceso y Diagnósticos de Enfermería". 3ª Edición, Mac Graw-Hill. Interamericana 1995.
25. Ricardo, V. (1994) Síndrome de Guillain-Barré. Estudio de los casos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital V.I.Lenin 1982-1991. Holguín Trabajo para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Medicina Interna (HG).
26. Stephen J. Mc Phee, Maxine A. Papadakis. "Diagnóstico Clínico y Tratamiento". Traducción de la 46ª Edición. Editor Sonior. Lawrence, Tierney, J.R. pag. 105.
27. Wiles CM, Brown P, Chapel H, et al. Intravenous immunoglobulin in neurological disease: a specialist review. J Neurol Neurosurg Psychiatry . 2002 Apr;72(4):440-8. Review.

XII. GLOSARIO

Abducción: Movimiento de una extremidad que se separa de la línea media del cuerpo.

Aducción: Movimiento de una extremidad en dirección al cuerpo.

Anafilaxia: Estado de hipersensibilidad o de reacción exagerada a la nueva introducción a una sustancia extraña, que al ser administrada por primera vez provocó reacción escasa o nula.

Anquilosis: Fijación de una articulación, frecuentemente en posición anormal, por lo general a consecuencia de la destrucción del cartílago articular y del hueso subcondral, como sucede en la artritis reumatoide.

Antígeno: (Bioquím.) Generador de lo contrario. Sustancia que da lugar a reacciones inmunitarias, como los anticuerpos.

Axón: (Citol.) Prolongación filiforme que arranca de una célula nerviosa y, después de dar ramas laterales en número variable, termina generalmente formando una ramificación que se pone en contacto con células musculares, glandulares, etc.

Botulismo: Forma de toxiinfección alimentaria, con frecuencia fatal por una exotoxina de *Clostridium botulinum*.

Hipoxia: Estado que presenta un organismo viviente sometido a un régimen respiratorio con déficit de oxígeno.

Método de Credè: método para vaciar la vejiga flácida utilizando un presión suave sobre la sínfisis púbica para expeler periódicamente la orina. Se utiliza en pacientes con lesiones neurológicas

Parálisis: Proceso anormal caracterizado por la pérdida de función muscular o de sensibilidad. Puede estar producida por diversas causas, como traumatismo, enfermedad e intoxicación. Se puede clasificar de acuerdo con la etiología, tono muscular, distribución o parte del cuerpo afectada.

Parestesia: Cualquier sensación subjetiva experimentada como entumecimiento, hormigueo o sensación de pinchazos. Cuando aparece en las extremidades se suele llamar acroparestesia.

Polineuritis: (Patol.) inflamación simultánea de varios nervios periféricos.

Rabdomiolisis: Proceso de destrucción de las fibras musculares estriadas.

Síndrome: Conjunto de síntomas que concurren en una enfermedad.

Tetraplejia: Trastorno caracterizado por la parálisis de los brazos, piernas y tronco por debajo del nivel de la lesión asociada de la médula espinal. Puede estar ocasionado por una lesión de la médula espinal, especialmente en la zona comprendida entre la quinta y la séptima vértebra cervical.

XIII. ANEXOS

BASE DE DATOS DEL INGRESO EN ENFERMERÍA

Fecha:___ Hr de llegada___ Persona de Contacto_____ Tno._____

INGRESADO DESDE:_____ Solo en casa_____ Hogar con Familiares_____
Residencia_____ Sin Hogar _____ Hogar con_____ Otros_____

FORMA DE LLEGADA:___ Silla de ruedas ___ Ambulancia ___ Camilla_____

MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN:_____

ULTIMO INGRESO HOSPITALARIO: Fecha_____ Motivo_____

HISTORIA MÈDICA ANTERIOR:_____

MEDICACIÓN	DOSIFICACIÓN	VÍA	FRECUENCIA
		I	

PATRON MANTENIMIENTO-RECEPCIÒN DE LA SALUD

CONSUMO DE:

Tabaco:___ Nada___ Abandono (fecha)___ Puros___ < paquete/día ___
1-2 paquetes/día ___ > 2 paquetes/día. Historia paquetes/año_____

Alcohol:___ Nada___ Tipo/cantidad ___/día ___/semana ___/mes___

Otras Drogas:___ Nada___ Sì___ Tipo___ Consumo_____

Alergias (fármacos, alimentos, esparadrapo, colorantes)_____.Reacción___

PATRÓN ACTIVIDAD-EJERCICIO

CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO:

0= Independiente

1= Dispositivo auxiliar

2= Ayuda de los demás

3= Ayuda de otra persona y objetos

4= Dependiente/incapaz

	0	1	2	3	4
Comida/Bebida					
Baño					
Vestido/Acicalamiento					
Uso del WC					
Movilidad en la cama					
Traslado					
Deambulaciòn					
Subir escaleras					
Ir de Compras					
Cocina					
Mantenimiento del hogar					

DISPOSITIVOS AUXILIARES: __ Ninguno __ Muletas __ Orinal __ Andador
 __ Bastòn __ Férula/Corsè __ Silla de ruedas
 __ Otros.

CÒDIGO: 1) No aplicable 2) Imposible de conseguir
 3) No prioritario por el momento
 4) Otros (especificar en notas)

PATRÓN NUTRICIONAL-METABÒLICO

Dieta especia/suplementos _____

Educaciòn dietética previa: _____ SÌ _____ No

Apetito: _____ Normal _____ Aumentado _____ Disminuido _____ Disminuciòn de
 sentido del gusto. _____ Náuseas _____ Vòmitos _____ Estomatitis.

Fluctuaciones de peso, últimos 6 meses: _____ Ninguna _____ Kg ganados/pèrdidos

Dificultad para deglutir (disfagia); _____ Ninguna _____ Sòlidos _____ Líquidos

Dentadura postiza: _____ Superior (_____ Parcial _____ Completa)
 _____ Inferior (_____ Parcial _____ Completa)
 La lleva puesta _____ SÌ _____ No

Historia de problemas cutàneos/de cicatrizaciòn: _____ Ninguno
 _____ Cicatrizaciòn anormal _____ Eccema _____ Sequedad _____ Sudoraciòn excesiva

PATRÒN DE ELIMINACIÒN

HÀBITOS INTESTINALES: ___ Num. Defecaciones/día ___ Fecha de última defec.
 ___ Dentro de los límites normales (DLN) ___ Estreñimiento
 ___ Diarrea ___ Autocuidado ___ Sì ___ No

HÀBITOS URINARIOS: ___ DLN ___ Frecuencia ___ Disuria ___ Nicturia
 ___ Urgencia Miccional ___ Hematuria ___ Retención

INCONTINENCIA: ___ No ___ Sì ___ Total ___ Diurna ___ Nocturna
 ___ Ocasional ___ Dificultad para retrasar el vaciado
 ___ Dificultad para llegar al retrete

APARATOS AUXILIARES: ___ Sonda intermitente
 ___ Sonda permanente ___ Sonda externa
 ___ Pañales de incontinencia
 ___ Tipo de implante peneano

PATRÒN SUEÑO-REPOSO

Hábitos: ___ horas/noche ___ siesta AM ___ siesta PM
 Se siente descansado después de dormir ___ Sì ___ No

Problemas: ___ Ninguno ___ Despertar temprano ___ Insomnio ___ Pesadillas

PATRÒN CONGNÒSCITIVO-PERCEPTIVO

Estado Mental: ___ Alerta ___ Afasia receptiva ___ Mal relator
 Orientado ___ Confuso ___ Combativo ___ Irresponsable
 Lenguaje: ___ Normal ___ Titubeante ___ Confusión ___ afasia expresiva

Lenguaje hablado ___ Intérprete ___
 Idioma hablado: ___ Inglés ___ Español ___ Otros ___
 Capacidad para leer en inglés: ___ Sì ___ No
 Capacidad para comunicarse: ___ Sì ___ No
 Capacidad para comprender: ___ Sì ___ No
 Nivel de ansiedad: ___ Leve ___ Moderada ___ Intensa ___ Pánico
 Técnicas interactivas: ___ Adecuadas ___ Otras

Oído: ___ DLN ___ Deteriorado (___ Der ___ Izq) ___ Sordera (___ Der ___ Izq)
 ___ Audifonos ___ Zumbidos

Vista: ___ DLN ___ Gafas ___ Lentillas
 ___ Deteriorada ___ Derecha ___ Izquierda
 ___ Ceguera ___ Derecha ___ Izquierda

Vértigo: ___ Sì ___ No
 Molestia/Dolor: ___ Ninguno ___ Agudo ___ Crónico ___ Descripción ___

Control del dolor: _____

PATRÒN DE AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÈS/AUTOPERCEPCIÒN-AUTOCONCEPTO

Preocupaciones principales respecto a la hospitalización o enfermedad (económicas, autocuidado): _____

Pérdida/cambio principal en el pasado año: ___ No ___ Sì

CÒDIGO: (1) No aplicable (2) Imposible de conseguir
(3) No prioritarios por el momento (4) Otros (especificar en notas)

PATRÒN DE SEXUALIDAD-REPRODUCCIÒN

Última menstruación: _____

Problemas menstruales/hormonales: ___ Sì ___ No

Última citología: _____

autoexploración mamaria/testicular mensual: _____ Sì _____ No

Precauciones sexuales relacionadas con la enfermedad: _____

PATRÒN ROL-RELACIONES

Empleo: _____

Situación laboral: ___ Empleado ___ Incapacidad temporal ___
___ Incapacidad prolongada ___ Desempleado

Sistema de apoyo: ___ Cónyuge ___ Vecinos/amigos ___ Ninguno
Vive con la familia ___ Vive separado de la familia ___
___ Otros _____

Preocupaciones familiares respecto a la hospitalización _____

PATRÒN VALORES-CREENCIAS

Religión: ___ Católica ___ Protestante ___ Judía ___ Otra

Restricciones religiosas: ___ No ___ Sì (especificar)

Solicita visita del capellán en ese momento: ___ Sì ___ No

XIV. SUGERENCIAS

1.- Implementar el Proceso Enfermero en la Facultad de Enfermería para que el alumno desarrolle habilidades que le permitan la facilidad de su aplicación y la autonomía al ejercer la profesión.

2.- Promover el Proceso Enfermero para obtener el título de Licenciado en Enfermería y con este favorecer al usuario de forma individualizada una pronta recuperación de su salud.