



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA
APLICADO A UN PACIENTE CON
SINDROME DE GUILLAIN-BARRE

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

P R E S E N T A

NORMA ALONSO SACRAMENTO

NO. CTA. 8851083-3

DIRECTORA DE TRABAJO
LIC. CAROLINA SOLIS GUZMAN

México D F. Mayo 2004.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

001-50921-A1-2004

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UN PACIENTE CON
SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ**

Sys. No. 331640.

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA
NORMA ALONSO SACRAMENTO
No. Cta. 8851083-3**

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Norma Alonso Sacramento

FECHA: 17.05.2004

FIRMA: 

**DIRECTORA DE TRABAJO
LIC. CAROLINA SOLIS GUZMÁN**



México D.F. Mayo 2004.

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES

VICTORIA PARA QUIENES PERSEVERAN

Iniciar una obra es cosa relativamente fácil, basta con avivar un poco la lumbre del entusiasmo.

Perseverar en ella hasta el éxito, es cosa diferente, eso ya es algo que requiere continuidad y esfuerzo.

Comenzar, está al alcance de los demás, continuar, distingue a los hombres de carácter.

Por eso la medula de toda obra grande, desde el punto de vista de su realización práctica, es la perseverancia, virtud que consiste en llevar las cosas hasta el final.

Es preciso, pues, ser perseverante, formarse un carácter no sólo intrépido, sino persistente, paciente, e inquebrantable.

Sólo eso es un carácter.

El verdadero carácter, no conoce más que un lema:

LA VICTORIA.

Y sufre con valor, con serenidad y sin desaliento, la más grande de las pruebas:

LA DERROTA.

La lucha tonifica el espíritu, pero cuando falta carácter, la derrota reprime y desalienta.

Hemos nacido para luchar.

Las más grandes victorias corresponden siempre a quienes se preparan, a quienes luchan y a quienes perseveran.

AGRADECIMIENTOS

GRACIAS a Dios, por permitirme estar aquí, con vida, disfrutando de este maravilloso momento, que me hace ser mejor cada día.

A mis Padres, por el infinito amor, comprensión, cariño y apoyo incondicional que me han dado a lo largo de mi vida, motivando cada una de mis metas, de mis sueños y de mis ilusiones, haciendo una mejor mujer y una mejor profesionista.

A todos mis Profesores, que han compartido conmigo su experiencia y su saber y por enseñarnos que caminos hay muchos, pero pocos son los mejores.

A mis Amigos, que les puedo decir, gracias por aguantar mis malos momentos, por compartir y motivar cada una de mis locuras, por ese apoyo incondicional que nunca me faltó en el momento que más lo necesite.

A mí, o sea "YO", porque no te dejaste caer en esos días difíciles, de cansancio y agotamiento tanto físico como mental, en que estuviste a punto de abandonar todo. Porque decidiste luchar con fuerza y con ahínco por lograr tu meta, sacando fuerzas de ¿Dónde? no se, para continuar adelante y poder llegar a terminar esta obra.

Ojala que cuando tengas en tus manos este trabajo. Puedas decir que valió la pena el tiempo que no pudimos compartir en su momento y que al igual que yo, se sientan orgullosos de él.

¡ MIL GRACIAS ¡

INDICE

Introducción	2
Justificación	4
Objetivos	5
Metodología	6
1.- MARCO TEORICO	
1.1.- El Cuidado Enfermero	7
1.2.- El Proceso Atención Enfermería	11
1.2.1.- Etapas del Proceso Atención Enfermería	12
1.3.- El Modelo de Virginia Henderson	20
1.4.- Síndrome de Guillain-Barré	24
1.4.1.- Anatomía y Fisiología del Sistema Nervioso Central	24
1.4.2.- Fisiopatología del Síndrome de Guillain-Barré	33
1.4.3.- Acciones de Enfermería	36
2.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA	
2.1.- Presentación del caso clínico del paciente	39
2.2.- Valoración de las 14 necesidades	41
2.3.- Diagnóstico de enfermería en las 14 necesidades	48
2.4.- Planeación, ejecución y evaluación de las 14 necesidades	51
3.- PLAN DE ALTA	65
Conclusiones	67
Bibliografía	68
ANEXOS	
Anexo 1.- Guía de valoración de las 14 necesidades	71
Anexo 2.- Conclusión diagnóstica de enfermería	77

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Guillain-Barré es relativamente infrecuente pero se presentan en nuestro medio y es necesario aprender a reconocerlo y diagnosticarlo oportunamente, porque es potencialmente fatal y puede dejar secuelas permanentes.

En el Síndrome de Guillain-Barre no hay una edad, ni sexo específico, su inicio es agudo y puede estar precedido de un episodio viral una o dos semanas antes del inicio de los síntomas o de la aplicación de una vacuna, o una infección gastrointestinal con diarrea entre 1 a 8 semanas antes del primer síntoma, lo que ocasiona en el paciente susceptible, una respuesta autoinmune inflamatoria que ocasiona el daño de la mielina. El paciente desarrolla en pocos días o en 2/4 semanas, síntomas de debilidad, a veces parálisis, afectando por igual ambos lados del cuerpo. La debilidad asciende por las piernas, va a los brazos y en algunas ocasiones a los músculos del aparato respiratorio y la cara hay pérdida o severa disminución de los reflejos en la profundidad de los tendones. En cuanto a la terapéutica, se ha descrito el empleo de esteroides, plasmaféresis y grandes dosis de inmunoglobulina endovenosa.

La mayoría de los pacientes puede llegar a recuperarse totalmente, sólo se ha reportado el 16 % de los casos con deficiencias residuales. La mortalidad varía entre el 2 y el 25 %. En la actualidad es menor que la debida a la evolución natural de la enfermedad que reportaba el 33 %. La mortalidad y las secuelas son más elevadas en los pacientes con parálisis severa y en los que requieren ventilación mecánica (VM).

Desde hace algunos años se viene hablando de estas entidades, sin embargo la experiencia en su diagnóstico y manejo es escasa. Estas circunstancias fueron las que motivaron a la revisión del caso y a la realización de este proceso atención de enfermería basado en la teoría y modelo de Virginia Henderson, dando un enfoque holístico en todos y cada uno de los cuidados que nuestro paciente necesito, al final se presenta una serie de documentos que me permitieron recopilar datos, así como el conocimiento que el síndrome de Guillain-Barré puede provocar si esta no es detectada a tiempo.

Este trabajo se realiza basándose en datos concisos proporcionándolos en forma organizada, como a continuación se presenta:

El punto número uno, se centra en el marco teórico, trata del origen del cuidado, del proceso atención de enfermería, el modelo de Virginia Henderson y sus 14 necesidades, anatomía y fisiología del sistema nervioso central y periférico y la fisiopatología del Síndrome de Guillain-Barré.

En el punto número dos, se lleva acabo la presentación del caso clínico del Sr. M. H. la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación de las 14 necesidades de acuerdo al Modelo de Virginia Henderson.

Para finalizar se encuentran las recomendaciones para su cuidado, así como los anexos que sirvieron para recopilar la información para poder llevar acabo este proceso atención de enfermería.

JUSTIFICACIÓN

La enfermería, hoy en día, es una profesión con responsabilidad legal, moral y con compromiso, tanto para ella como para las personas (pacientes), que depositan toda su confianza y esperanza para ser atendidos, ayudados, confortados y guiados en el proceso salud-enfermedad, realizando acciones coordinadas, teniendo como base sus conocimientos bien fundamentados, adquiridos a lo largo de su formación.

Los modelos de atención de enfermería nos proporcionan conocimientos que permiten perfeccionar las prácticas en la atención del individuo, esto permite al personal de enfermería autonomía de acción, ya que sirve de guía en los aspectos asociados a las funciones profesionales sustentados en el método científico.

Teniendo en cuenta que la enfermería se considera arte, ciencia y disciplina proporcionaremos atención y cuidados de enfermería de manera independiente, he aquí un breve ejemplo de las capacidades de la enfermería, para mantener y preservar la vida del ser humano en su esfera bio-psico-social, teniendo como base el proceso de atención de enfermería.

Esto me motivo a la realización del proceso atención de enfermería en el caso del Sr. M. H. con Síndrome de Guillain-Barré, debido a que este síndrome es poco frecuente, pero puede ser mortal si no se detecta a tiempo o en determinado momento dejar secuelas permanentes (parálisis o pérdida de la fuerza en algún miembro), afectando totalmente su esfera bio-psico-social, y en donde el equipo multidisciplinario, la familia y el propio paciente, juegan un papel muy importante para que el paciente recupere la totalidad de sus funciones.

El presente trabajo es parte fundamental de los requisitos para el trámite de titulación, esperando ser satisfactorio y de interés para las personas que van a leerlo y comentarlo.

OBJETIVOS

GENERAL

Aplicar el proceso de atención de enfermería, proporcionando calidad de atención durante la estancia en la unidad de cuidados intensivos, para favorecer su pronta recuperación, asegurando la participación de la enfermera en todo el proceso de salud-enfermedad, partiendo de una base científica, para mantener y preservar la vida del ser humano en su esfera bio-psico-social.

ESPECÍFICOS

- Aplicar el plan de cuidados dando calidad de atención.
- Identificar las necesidades del paciente relacionadas con su problema de salud y brindar cuidados y orientación específica.
- Lograr que el paciente acepte el proceso de salud por el cual esta pasando en este momento.
- Integrar a la familia en los cuidados que se le van a dar a su paciente, creando un entorno favorable para su recuperación.

METODOLOGÍA

Para realizar el presente trabajo, primero tome el seminario, en donde se adquirieron los conocimientos teóricos sobre el proyecto de planeación de la investigación y el modelo conceptual de Virginia Henderson.

Posteriormente me di a la tarea de seleccionar a mí paciente, al cual se le aplico un cuestionario, (el cual contesto con ayuda de su esposa), con preguntas concretas que involucraban la necesidad de satisfacer las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson. Teniendo como base todos los datos subjetivos del paciente, procedí a realizar mi diagnóstico de enfermería, a elaborar y ejecutar el plan de cuidados.

Se recopilo información sobre lo que es el cuidado, proceso atención de enfermería, el modelo de Virginia Henderson, anatomía y fisiología del sistema nervioso central y sistema nervioso periférico y sobre la fisiopatología del Síndrome de Guillain-Barré, para estructurar lo que es marco teórico.

Se elaboro el plan de alta del paciente dando las recomendaciones necesarias para su cuidado, se recopilaron las bibliografías utilizadas y se organizaron los anexos y todo el trabajo.

Se presenta el trabajo a la profesora en varias ocasiones para revisión y aclaración de dudas, se realizan las correcciones necesarias para poder integrar el trabajo de acuerdo al plan estipulado y así poder obtener la carta de aceptación del trabajo e iniciar los tramites para la realización del exámen profesional, para finalmente poder obtener el Título como Lic. En Enfermería y Obstetricia.

1.- MARCO TEÓRICO

1.1.- EL CUIDADO ENFERMERO

Ser cuidado, cuidarse, cuidar, es indispensable para la vida de los individuos. Esta función primordial e inherente a la supervivencia de todo ser vivo, se ha visto alterada entre los hombres a medida que las grandes mutaciones tecnológicas, socioeconómicas y culturales dan lugar a la fragmentación y disección de la aplicación de cuidados en una multitud de tareas y actividades diversas, en la que se requiere de profesionales y oficios.¹

La historia de los cuidados vividos y transmitidos por las mujeres hacen que los cuidados por ellas, dispensados tanto en el medio hospitalario no psiquiátrico como en los ambulatorios, se identifiquen como cuidados de enfermería. Para comprender esta evolución y el nacimiento de los movimientos de profesionalización que originan los distintos tipos de cuidados, es necesario romper la confusión existente entre los cuidados desarrollados por mujeres y los desarrollados por los hombres.

La identificación de los cuidados de la mujer, desde los tiempos más remotos de la historia de la humanidad hasta la edad media. Su función es la expresión de los cuidados elaborados desde la fecundidad y modelados por la herencia cultural de la mujer que auxilia.

La identificación de los cuidados de la mujer consagrada, el cuerpo separado del espíritu, solamente puede ser objeto de cuidado, el cuerpo enfermo y abandonado.

La identificación de los cuidados de la mujer enfermera auxiliar del médico. Al hacerse laica, y con el desarrollo de las técnicas, el rol de las mujeres consagradas que hasta entonces había sido único, reviste dos aspectos: el rol moral y el rol técnico, estos dos roles se reunifican en la persona de la enfermera para construir el rol de la enfermera. Este reviste a la enfermera de todo lo que es. Ya sea por la formación del rol jurídico del ejercicio personal.

La clave de la evolución de la profesión parece estar en aclarar la identidad de los cuidados de enfermería, no trazando un perfil de lo que es, de lo que debe hacer o en lo que se tiene que convertir la / el enfermero, ni refiriéndose a un modelo teórico capaz de formarla, sino identificando la naturaleza, la razón de ser, el significado, la valoración social y económica de la prestación profesional que se ofrece a las necesidades de los cuidados.

1.- Francois Colliere. "Promover la vida". Pág. 1-3

Es un tema de carácter universal y multidimensional delicado por las interferencias que suscita entre saberes, poderes y decisiones. Es un tema difícil porque se reduce con facilidad a la aplicación de una técnica, de un sistema estereotipado o, por el contrario, es incomprensible debido a los muchos aspectos del planeta. Es un tema implícito, ya que está relacionado con los hábitos de vida, creencias, valores, así que nos hagamos las preguntas más fundamentales acerca de la vida, la muerte, la sexualidad, el amor, el sufrimiento, la evolución, el trabajo.

“Cuidar es un acto de vida, su objetivo es permitir que la vida continúe y se desarrolle y de este modo, luchar contra la muerte; de un individuo, grupo, o de la especie”.² Los cuidados no fueron propios de un oficio, y aún menos de una profesión. Eran actos de cualquier persona que ayudaran a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar su vida, en relación con la vida del grupo.

La historia de los cuidados se perfila alrededor de dos grandes ejes que originan dos orientaciones:

Asegurar la continuidad de la vida del grupo y de la especie, teniendo en cuenta todo lo que es indispensable para asumir las funciones vitales, los recursos energéticos, de ahí la necesidad de alimento, protección contra las inclemencias del frío o del calor por medio de ropa o del refugio, que dará lugar poco a poco, al alojamiento. Esta necesidad de asegurar cada día el mantenimiento de estas funciones vitales da lugar a un conjunto de actividades indispensables de las que se hacen cargo los hombres y mujeres que, según los recursos locales se esfuerzan por atender. Más concretamente, las tareas se organizan alrededor de una serie de necesidades fundamentales: sustentarse, protegerse de la intemperie, defender el territorio y salvaguardar los recursos.

Asegurar la supervivencia un hecho cotidiano, de ahí una de las más antiguas expresiones de la historia del mundo “cuidar de”. Actualmente esta expresión corriente “cuidar de”, ocuparse de, transmite el sentido inicial y original de la palabra cuidado.

Cuidar es por tanto mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación. Cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo. Todo esto a dado lugar a las prácticas alimenticias, de vestimenta, de hábitat, sexuales.

Todas estas prácticas y hábitos de vida se forjan partiendo de modo en que los hombres y las mujeres aprenden y utilizan el medio de vida que los rodea, de ahí la infinita diversidad de prácticas que cuando se perpetúan de forma duradera, generan por sí mismas ritos y creencias. Estas orientaciones de los cuidados basadas en todo aquello que contribuye a asegurar el mantenimiento y la continuidad de la vida nace de lo que Edgar Morin llama Phycis es decir la ciencia de la naturaleza.

Enfrentarse a la muerte asegurar la continuidad de la vida, no es cosa fácil. Las precarias condiciones de vida hacen a la muerte omnipresente y siempre terrorífica. A partir de esta orientación y para encontrar todo lo fundamental para el mantenimiento de la vida, surgen preguntas sobre lo bueno o lo malo, para permitir así que prosiga la vida de los individuos y del grupo, para rechazar la muerte. La orientación metafísica es aquella que nace de discernir lo que es considerado como bueno o como malo, dando lugar a suposiciones que a su vez darán origen a otras interpretaciones.

Esta orientación nace y se apoya en las constataciones que se hacen a partir de que los hombres y mujeres han descubierto el universo físico en que viven, y al mismo tiempo descubrir todo lo desconocido de este universo que es prodigioso y amenazante a la vez que da miedo, el sacerdote es el encargado de hacer de mediador entre las fuerzas benéficas y las maléficas, es decir esta designado para interpretar y decidir lo que es bueno y lo que es malo.

Con el nacimiento de la clínica, el médico, desciende de sacerdote y clérigo, aparece como un especialista, mediador de los signos y síntomas indicadores de un mal determinado, del que el enfermo es portador. La interpretación del bien y el mal que causan la muerte, ya se hace tanto por la naturaleza de las buenas o malas relaciones que el hombre tiene con el universo en que vive, sino aislando el mal del que es portador, intentando reducirlo y tratándolo como tal, recurrir a un médico es todavía un hecho aislado y solo concierne a una clase social privilegiada, mientras que en el medio rural, los campesinos tenían sus propias ideas de las enfermedades. El hospital lugar de reagrupamiento de todos aquellos excluidos del orden público, pobres, parados, vagabundos los marginados de todas las clases, hacen posible el ensayo de nuevos instrumentos y así transforma este refugio de personas sin hogar en un lugar de exploración y de tratamiento de la enfermedad.

Intentar aprender la práctica de los cuidados exige volverse a centrar respecto a su principal finalidad. Permitir que la vida continúe y se reproduzca.

La historia de los cuidados que comienza con las especies vivas, surge con la aparición del linaje Homo. Esta historia se construye fundamentalmente entorno a la permanente preocupación de asegurar la continuidad de la vida.

Los cuidados médicos, los únicos reconocidos como científicos, sustituyen a los cuidados para el mantenimiento de la vida y a los cuidados curativos nacidos de los descubrimientos empíricos sobre dichos cuidados, con la llegada de tecnologías los cuidados médicos se orientan hacia un establecimiento complejo de la salud, que se convertirá cada vez más en un campo de especialistas.

La evolución de la primera orientación esta vinculada a todo aquello que permite y favorece el mantenimiento y desarrollo de la vida los cuidados que siguen la línea de esta orientación se construyen esencialmente alrededor de todo aquello que da la vida que es fecundable y que da luz. Todas las prácticas, rituales desde la concepción hasta el nacimiento representan una rama muy reciente de toda esta evolución de los cuidados con frecuencia milenaria.

1.2.- PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es un método sistemático y organizado para administrar Cuidados de Enfermería, individualizados de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupos de personas que responden de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

Es un planteamiento para resolver problemas basados en una reflexión que exige capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales, cuyo fin es cubrir las necesidades del usuario y su familia.

OBJETIVO

Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad al mismo tiempo establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios y actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad e identificar y constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades reales y potenciales del usuario, la familia y la comunidad y apoyar la calidad de vida del usuario aumentando al máximo sus recursos y capacidades.

VENTAJAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Constituye un método organizado para proporcionar Cuidados de Enfermería impidiendo omisiones y repeticiones innecesarias, además permite una mejor comunicación, estimulando la participación del usuario, la familia o comunidad, nos ahorra tiempo y esfuerzo y potencializa la profesionalización estimulando el desarrollo de habilidades interpersonales, cognitivas y técnicas.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso atención de enfermería, tiene una **finalidad**, porque esta dirigido a alcanzar un objetivo, es **sistemático** porque parte de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo, es **dinámico** por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre, es **humanístico** ya que considera todos los aspectos humanos del usuario (ser holístico), es **interactivo** por requerir una relación recíproca enfermera-usuario para acordar y lograr objetivos comunes y es **flexible** porque se adapta al ejercicio de la enfermera en cualquier área (se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería).³

3.- Rodríguez S. Berta. "Proceso Enfermero". Pág. 29

1.2.1.- ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Las etapas que conforman el proceso atención enfermería son:

❖ **ETAPA DE VALORACIÓN**

*La valoración es un proceso organizado y sistemático de recolección de datos sobre el estado de salud del usuario a través de las diversas fuentes para analizarlos y categorizarlos. Desde un punto de vista holístico, es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de salud.*⁴

En la recolección de datos existen distintos tipos de datos los cuales son:

Datos **objetivos** son los datos que se pueden observar y medir; son concretos y contestables, **subjetivos** comprenden la percepción del usuario, **antecedentes** son datos anteriores al problema actual, **actuales** son datos que se obtienen del problema actual y **documentales** es información obtenida de libros o revistas científicas.

Las fuentes para obtener la información son: **primarias o directas** que se obtienen del usuario y las **secundarias o indirectas**, en donde los datos se obtienen de la familia, de personas que se vinculan con el usuario, del expediente clínico, bibliografías, artículos, etc.

METODOS DE RECOLECCION DE DATOS

Entrevista:

Es una charla, plática o comentarios con el usuario, familiar o persona vinculada con el usuario. Existen dos tipos de entrevista formal e informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con el propósito específico, en el cual la enfermera realiza la historia del paciente. La informal es la conversación entre la enfermera y el paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades: Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados, facilitar la relación enfermera paciente, permitir al paciente informarse y participar en el planteamiento de sus objetivos y ayudar a la enfermera a determinar que áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

4.- Rodríguez S. Berta A. "Proceso Enfermero". Pág. 32

Las cualidades que debe tener un entrevistador: son empatía, calidez, concreción y respeto.

En cuanto a la *Empatía*: es la capacidad de comprender correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, nos aporta que no basta con comprender al usuario, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía consta de dos momentos uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del usuario. Y otro en el que le da a entender que la comprende.

La Calidez: es la proximidad efectiva entre el paciente y el entrevistador.

El Respeto: es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él, preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y ser ético.

La Concreción: es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos.

La observación:

Implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos deben ser posteriormente confirmados o descartados.

La exploración física:

Es la actividad final de la recolección de datos, es el exámen físico. Se centra en determinar la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas.

La *inspección* es el exámen visual cuidadoso y global del paciente. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

La *palpación* consisten en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la textura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad).

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

La **auscultación** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo para lo cual se utiliza el estetoscopio.

Después de haber recolectado los datos se procede a registrar lo obtenido durante la valoración, esto es de esencial interés para la estructuración del Proceso Atención de Enfermería y la planeación de los Cuidados de Enfermería.

Es de importancia porque establece una forma de comunicación entre los miembros del equipo de salud, nos facilita la administración de cuidados de calidad al usuario, garantiza un mecanismo de evaluación de los cuidados individualizados, forma parte de un registro legal y es la base para la investigación de enfermería.

❖ **ETAPA DE DIAGNÓSTICO**

Los diagnósticos de enfermería nos ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, esto es, nos confirmarán la carencia de las necesidades básicas.

Describen problemas reales o potenciales que el personal de enfermería en virtud de su educación y experiencia, son capaces y están autorizadas a tratar. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente. Es un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, de la familia o la comunidad ante problemas de salud reales o potenciales a procesos vitales.

El diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual y un problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro. Un diagnóstico de enfermería no es un diagnóstico médico, es la declaración del estado de un usuario (respuesta a la salud o enfermedad) que las enfermeras son capaces y legalmente responsables de tratar.⁵

5.- Rodríguez S. Berta A. "Proceso Enfermero". Pág. 54

Existen varios tipos de diagnóstico entre los cuales están:

REAL.- Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes, enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del diagnóstico y las características que lo definen. Consta de tres partes que es el formato PES problema (P), más etiología, más factores causales o contribuyentes (E), más signos y síntomas (S).

ALTO RIESGO.- Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son mas vulnerables a desarrollar un problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo la descripción concisa del estado de salud, alterado de la persona va precedido por el termino ALTO RIESGO. Consta de dos componentes: Formato PE: Problema (P), más etiología / factores contribuyentes (E).

POSIBLE.- Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales, la enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE; problema (P), más etiología / factores contribuyentes (E).

DE BIENESTAR.- Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad, en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: Deseo de un nivel mayor de bienestar o función actual eficaz.

Podemos añadir un quinto tipo

DE SÍNDROME.- Comprende un grupo de diagnósticos de enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinada. Los diagnósticos de enfermería de síndrome, son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el diagnóstico, contenidos en la denominación diagnóstico.

CARACTERISTICAS DEL DIAGNÓSTICO

- Exposición del problema.
- Trata sobre el estado o los problemas potenciales de salud.
- Es una conclusión derivada de signos y síntomas.
- Es la exposición de un juicio de enfermería.
- Trata teorías que la enfermera está autorizada a atender o tratar.

- Se expone en una frase breve y concisa.
- Trata de aspectos físicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.
- Trata de aquellas situaciones que la enfermera pueda atender en forma independiente.

FORMAS DE ELABORAR UN DIAGNÓSTICO

- El **descriptivo**, es el enunciado de la respuesta del usuario a un trastorno real o potencial de los procesos, patrones, funciones o desarrollo vital.
- El de la **NANDA**, Frase breve y concisa con tres elementos identificados con las siglas P. E. S.

P = Problema: Afrontamiento individual inefectivo
en relación

E = Etiología: Síntomas físicos relacionados con la causa que origina.
manifestado por

S = Signos y síntomas: Cambios en el estado general.

- Formato PE: Problema (P), más etiología / factores contribuyentes (E).
- En caso del diagnóstico de bienestar deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaz.

❖ ETAPA DE PLANEACIÓN

Es el proceso de diseñar las estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud del usuario que se han identificado durante el diagnóstico.⁶

FASES DE LA PLANEACIÓN

* **Determinación de prioridades**, en esta fase se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados, y establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente.

* **Elaboración de objetivos**, una vez priorizado los problemas debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para: dirigir los cuidados, identificar los resultados esperados y medir las eficiencias de las actuaciones.

Existen dos tipos de objetivos:

De enfermería, se describen en tiempo a:

Corto plazo: son resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días.

Medio plazo: para un tiempo intermedio de tal forma que podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.

A largo plazo: son los resultados que requieren un tiempo largo.

Del paciente, esto es, los cambios que esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados. Las principales características de los objetivos del cliente son: deben ser alcanzables, esto es asequibles para conseguirlos, deben ser medibles y deben ser específicos en cuanto a contenido.

* **Elaboración del Plan Cuidados de Enfermería**, son aquellas intervenciones especificadas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

Las funciones de enfermería tienen tres dimensiones dependiente, interdependiente independiente.

La dimensión **dependiente** incluye problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

La dimensión **interdependiente** se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud.

La dimensión **independiente**, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.

Las actividades se planean de acuerdo con los problemas que ponen en riesgo o peligro la vida del paciente.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Es un instrumento para ordenar y proveer continuidad en los cuidados de enfermería.

Es un instrumento que dirige en forma ordenada y continuada los cuidados de enfermería hacia una o más metas u objetivos establecidos específicamente para realizar con un usuario en particular.

PROPOSITOS DEL PLAN DE CUIDADOS

- Dirigir la acción hacia el logro de un objetivo.
- Establecer un orden y prioridades en la atención del usuario.
- Determinar que actividades se van a realizar y en que proporción contribuyen a lograr los resultados deseados.

CARACTERISTICAS DEL PLAN DE CUIDADOS

- Debe ser escrito.
- Accesible.
- Práctico.
- Reflejar la condición real del usuario.
- Estar basado en principios científicos.
- Dinámico y flexible.
- Acorde con la filosofía de Enfermería.
- Ser resultado de un esfuerzo combinado del usuario, personal de enfermería y otros.
- Estar acorde con el tratamiento médico y sus objetivos.

* **La documentación**, es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados mediante una documentación. Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente, resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello.

❖ **ETAPA DE EJECUCIÓN**

Etapa en la cual se ponen en práctica los cuidados planeados. La ejecución implica las siguientes actividades:

- Continuar la recogida y valoración de los datos.
- Realizar las actividades de enfermería planeados.

- Dar los informes verbales y/o escritos que se requieran. (Reporte del cambio de turno)
- Mantener el Plan de Cuidados actualizado.
- Anotar los cuidados de enfermería realizados.(Notas de enfermería).

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

Es la exposición de un razonamiento que nos indique el porqué del problema o necesidad que está presentando el usuario o que pueda presentar.

❖ **ETAPA DE EVALUACIÓN**

Debe realizarse una evaluación continuada diaria, tanto de los cuidados que el propio usuario se proporciona, como las propias actividades de enfermería. 8

Es emitir un juicio sobre una situación esperada, comparándola con uno o varios criterios.8

Es la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.8

RESULTADOS

- ¿Cómo está respondiendo cada uno de los usuarios a los cuidados de enfermería?.
- La revisión del Plan de Cuidados debe incluir la comprobación de que están al día los siguientes datos:
 - Diagnóstico de Enfermería.
 - Ordenes de enfermería. (actividades)
 - Objetivos / evoluciones esperadas. (con las fechas para su consecución)
 - Evaluación. (informes de los progresos del usuario)

8.- Murray Mary Ellen. "Proceso Atención de Enfermería". Pág. 131.

1.3.- EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897, originaria de Kansas City, en 1918 ingresó a la escuela de enfermería del ejército en Washington, d.c.

En 1922 inició su carrera docente en enfermería, en 1929, Henderson ocupó el cargo de supervisora pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Henderson falleció en 1996 a la edad de 98 años.

En 1939 había revisado *Textbook of the Principles and Practice of Nursing* e identificó este texto como su trabajo como una fuente que la permitió darse cuenta de la necesidad de aclarar la función de las enfermeras, fue miembro del comité de la Conferencia Regional del National Nursing Council en 1946.

Incluyó principios fisiológicos y psicológicos en su concepto personal de la enfermería. A partir de esta idea, Henderson supuso que una definición de enfermería debería incluir una apreciación del principio de equilibrio fisiológico.

Era evidente que el equilibrio emocional no se puede separar del equilibrio fisiológico después de haber reconocido que la emoción es realmente nuestra interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones en la composición química de los fluidos intercelulares.⁹

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

ENFERMERÍA.- (Henderson). Una enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, a realizar las actividades que contribuyan a recuperar su salud o a una muerte tranquila, actúa como miembro de un equipo médico, pero al margen del médico solo apoya su plan, tiene nociones tanto de biología como de sociología y puede valorar las necesidades humanas básicas.

SALUD.- Interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería.

Es la calidad de vida que es fundamental para el funcionamiento humano, 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.

9.- Marriner Tomey A. "Modelos y Teorías de Enfermería". Pág. 99.

ENTORNO.- El conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo. 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, deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas y reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento así como conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

PERSONA.- (paciente). Henderson lo considera como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud debe 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 o una muerte tranquila y junto con su familia constituyen una unidad.¹⁰

NECESIDADES:

- 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 fe.
- 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.

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 es favorecer la salud.

10.- Marriner Tomey A. "Modelos y Teorías de Enfermería". Pág. 102

MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

Organización conceptual de los cuidados enfermeros, basada en el conocimiento y la satisfacción de las necesidades de la persona, con referencia al desarrollo óptimo de su independencia.

LOS PRINCIPALES PARÁMETROS DE ESTE MODELO

- En algunos casos, la persona tiene necesidad de ayuda para conservar su salud o recuperarla, recobrar su independencia o morir en paz.
- La persona cuidada es un ser bio-psico-social y espiritual.
- La persona, sana o enferma, experimenta ciertas necesidades cuya satisfacción es esencial para su supervivencia.
- La persona debe tener la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios para vivir saludablemente.
- La persona se relaciona con su familia y con la comunidad en la que vive.
- La salud depende, en gran parte, de la capacidad de la persona para mantenerse independiente frente a la satisfacción de sus necesidades.
- Los cuidados enfermeros se prodigan en interdependencia con los otros miembros del equipo de cuidados.
- Los cuidados enfermeros se sitúan dentro de un enfoque científico de resolución de problemas y se dirigen a unos cuidados personalizados.
- Los cuidados enfermeros suponen la utilización de un plan de cuidados escrito.

El rol de la enfermera.- Ayudar al individuo, sano o enfermo, al mantenimiento y a la recuperación de la salud (o asistirle en sus últimos momentos) mediante la realización de tareas que él mismo llevaría a cabo si tuviera la fuerza y la voluntad para ello o poseyera los conocimientos requeridos.

Independencia.- La característica de una persona capaz de ejercer libremente su actividad sin depender de otro.

La autonomía.- Posibilidad de decidir por uno mismo, autodeterminación es la capacidad de decidirse a actuar o a tomar una decisión.

El modelo de Virginia Henderson nos propone ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades, intentar motivarla para que llegue a ser independiente en la medida de lo posible.¹¹

11.- Phaneut. Margot. "La planificación de los Cuidados Enfermeros". Pág. 11-14.

La finalidad de los cuidados:

Consiste en ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades de manera óptima para llegar a un mayor bienestar, y a recuperar su independencia frente a sus necesidades. Además de velar por la satisfacción de las necesidades, hay que prever las diversas formas de dependencia y prestar una especial atención a las secuelas que pueden llevar consigo.

El objetivo de los cuidados:

Henderson ha escrito que el objetivo de los cuidados es el ser humano, considerado como ser psicosocial y espiritual que se caracteriza por sus 14 necesidades fundamentales. El interés de Henderson por la familia y la comunidad, nos autoriza también a ampliar este concepto a la familia de la que forma parte la persona.

Las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson, actualmente se conocen como:¹²

- 1.- Necesidad de oxigenación.
- 2.- Necesidad de nutrición e hidratación.
- 3.- Necesidad de eliminación.
- 4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
- 5.- Necesidad de descanso y sueño.
- 6.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
- 7.- Necesidad de termorregulación.
- 8.- Necesidad de higiene y protección de la piel.
- 9.- Necesidad de evitar los peligros.
- 10.- Necesidad de comunicarse.
- 11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
- 12.- Necesidad de trabajar y realizarse.
- 13.- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.
- 14.- Necesidad de aprendizaje.

12.- Fernández Ferrer Carmen. "El Proceso de Atención de Enfermería". Pág. 4-5.

1.4.- SÍNDROME DE GUILLIAN-BARRÉ

1.4.1.- ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

El Sistema nervioso central está ubicado en el interior del canal vertebral y se une directamente con el bulbo raquídeo del cerebro posterior. La médula nace en el orificio occipital, un orificio grande que se encuentra ubicado en el ámbito de la base del cráneo y termina a la altura de la primera y la segunda vértebra lumbar. La estructura de la médula espinal hace que ésta sea algo achatada en el sentido antero posterior, y por abajo (caudalmente) termina en una punta cónica. La médula es también conductora de los impulsos desde la periferia hacia el encéfalo y viceversa, y en la misma se desarrollan conexiones bilaterales con el encéfalo.

La médula espinal, en toda su extensión tiene dos engrosamientos que corresponden a las raíces de los nervios de los miembros superiores e inferiores: Intumescencia cervical C-3 - C-7, intumescencia lumbar T-8 E L-1, el más amplio es el lumbar, pero el más diferenciado es el cervical, que está relacionado con la inervación más compleja de la mano como órgano de trabajo. (Fig. 1)

En uno y otro lado de la médula espinal salen en filas longitudinales las raíces de las neuritas de las neuronas motoras (centrífugas o eferentes. Raíz dorsal o posterior, que entra en el surco lateral posterior, contiene las prolongaciones de las neuronas sensitivas (centrípetas o aferentes), cuyos cuerpos se encuentran en los ganglios espinales, (Intervertebrales).

A cierta distancia de la médula espinal, la raíz motora se une con la sensitiva y juntas forman el tronco del nervio espinal, al cual los neuropatólogos destacan con el nombre de funículo que es ordinariamente muy corto puesto que sale rápidamente del orificio intervertebral, después de lo cual el nervio espinal se separa en sus ramas principales.

1. -Raíz dorsal
2. -Raíz ventral
3. -Ganglio espinal.- Contiene las células nerviosas unipolares falsas (neuronas aferentes) con una prolongación que luego se divide en dos ramas.
A.- Central pasa junto con la raíz dorsal a la médula espinal.-
B.- Periférico.- sé continua con el nervio espinal
4. - Funículo.

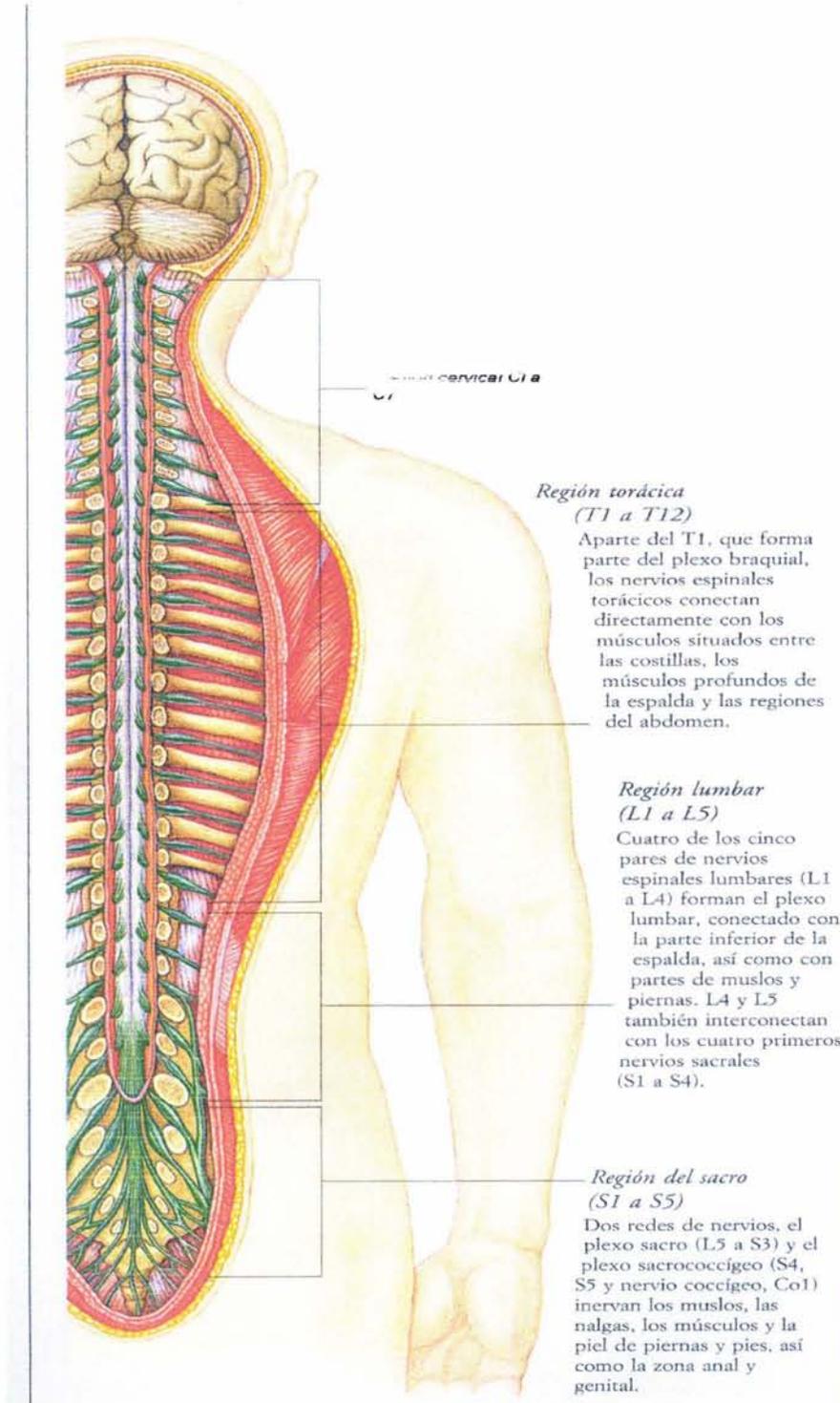


Fig. 3.- Se observa la ubicación y estructura de la médula espinal, y las diferentes regiones de la columna.

Estructura interna de la médula espinal

La médula espinal consta de sustancia gris, que contiene células nerviosas, y de sustancia blanca, compuesta de fibras nerviosas mielínicas.

A.- La sustancia gris.- se desarrolla del tubo neural, de la capa media de sus células epiteliales, se encuentra dentro de la médula espinal y esta rodeada por todos los lados de sustancia espinal.

En su centro se encuentra el estrecho canal central de la médula espinal, que se extiende a todo lo largo de la misma y que contiene líquido cerebroespinal.

B.- La sustancia blanca (sustancia alba)

De la médula espinal consta de las prolongaciones nerviosas que forman 3 sistemas de fibras nerviosas.

1. - Los fascículos cortos de fibras de asociación basales, que unen las partes de la médula espinal a diferentes niveles (neuronas aferentes e intercalares).
2. - Las fibras largas centripetas (sensitivas, aferentes)
3. - Las fibras largas centrifugas (motoras y eferentes)

El primer sistema (fibras cortas) se refiere al aparato propio de la médula espinal, y las restantes (fibras largas), constituyen el aparato conductor de los enlaces bilaterales con el encéfalo.

Meninges de la médula espinal

La médula espinal está envuelta por tres membranas conjuntivas, las meninges, que proceden del mesodermo del tubo medular.

Si comenzamos desde la superficie hacia la profundidad, serán las siguientes:

- A.- Duramadre o paquimeninge
- B.- Aracnoides.- membrana meníngea delicada.
- C.- Piamadre.- membrana meníngea vascular.

La duramadre recibe sus arterias de las ramas espinales de las arterias segmentarias: sus venas afluyen en el plexo venoso vertebral interno, y sus nervios proceden de las ramas meníngeas de los nervios espinales.

La superficie interna de la dura madre está cubierta por una capa de endotelio, por lo cual tiene un aspecto liso y brillante. (Fig. 2)

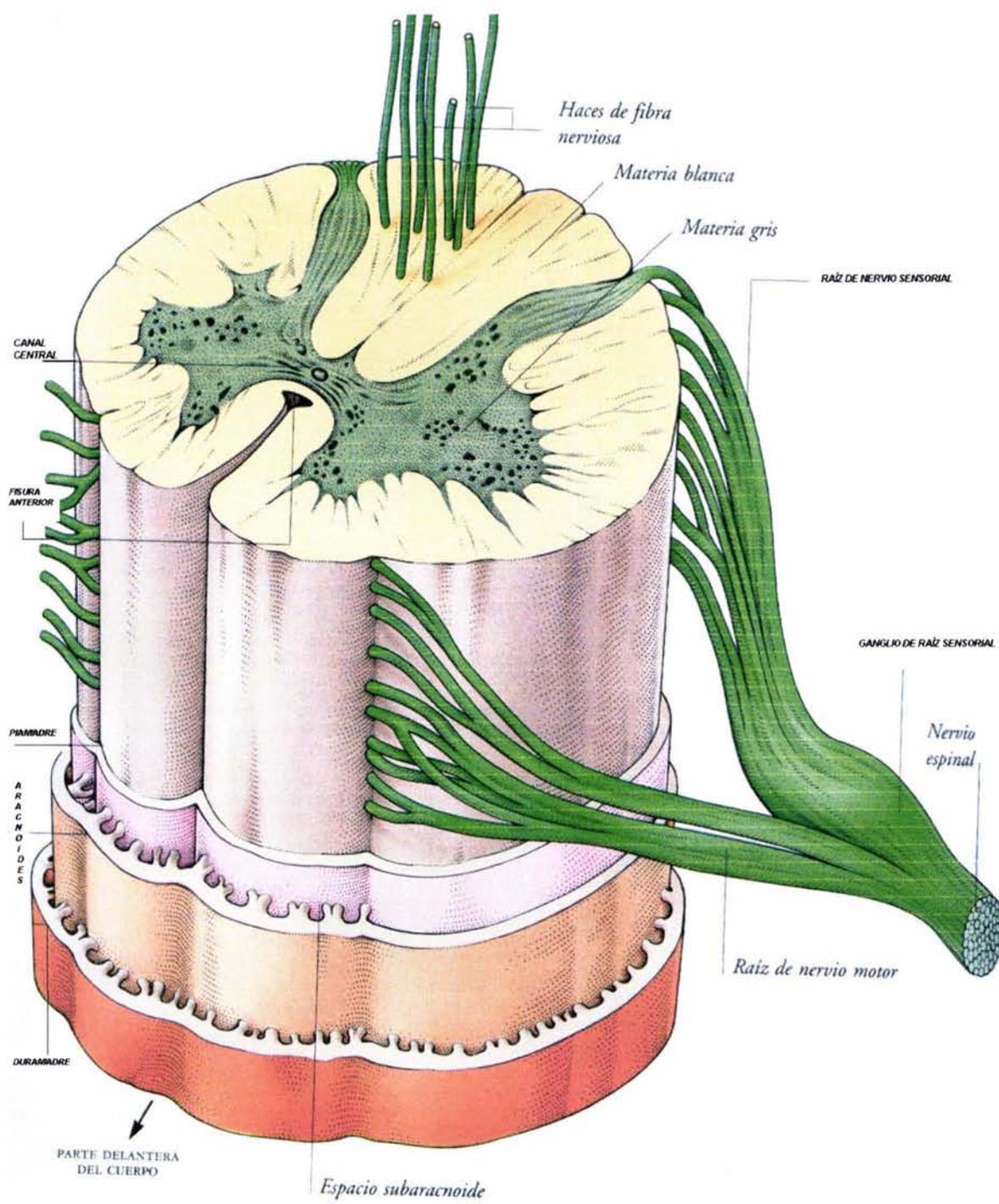


Fig. 2.- Estructura externa e interna de la médula espinal.

Vasos de la médula espinal

Las arterias espinales anterior y posterior bajan a lo largo de la médula espinal y se unen entre sí por múltiples ramas, formando en la superficie de la médula una red vascular (la llamada corona vascular). De esta red parten ramitos que penetran con las prolongaciones de la piamadre en la sustancia medular.

Las venas en general, son análogas a las arterias y afluyen, a fin de cuentas, en los plexos venosos vertebrales internas.

A los vasos linfáticos de la médula espinal pueden referirse los espacios perivascuales que se comunican con el espacio subaracnoideo.

La vaina de la mielina es una estructura compleja derivada de la membrana plasmática del oligodendrocito en el sistema nervioso central (SNC) y de la célula de Schwann en el Sistema Nervioso Periférico (SNP) y constituye el 70% del peso del cerebro. La presencia o ausencia de estas vainas permite dividir las fibras nerviosas en mielínicas y amielínicas. Las fibras amielínicas no están desnudas dentro de los nervios o en medio del tejido donde terminan; en su recorrido van envueltas completamente por el citoplasma y la membrana de las células de Schwann, sin la formación de la estructura especializada llamada Mielina. Por lo general estas fibras son más cortas, tienen menor diámetro y una velocidad de conducción menor. Al parecer el diámetro, la longitud y la presencia de ciertas moléculas señal, son puntos críticos para la inducción o no de la formación de mielina. La vaina de mielina como tal, es una estructura especializada de la membrana del oligodendrocito y de la célula de Schwann, las cuales se disponen rodeando los axones. El proceso de mielinización ocurre en dirección próxima a distal, desde el cuerpo neuronal al axón.¹³ (Fig. 3)

Bioquímica y Fisiología

A nivel molecular la mielina está conformada por una serie de proteínas y lípidos que cumplen funciones especiales. Se han descrito cinco grandes familias de proteínas que son: Proteína Básica de Mielina (MBP), Proteína 2 (P2), Proteína Proteolípídica (PLP), Fosfohidrolasa Cíclica Nucleótido (CNP), Glicoproteína asociada a la Mielina (MAG)

Se han identificado algunos de los cromosomas donde se codifica la síntesis de estas proteínas, la MBP en el cromosoma 18, la PLP en el X y la MAG en el 17.

13.- M. Prives, N. Lisenkou, V. Bushkovich. "Anatomía Humana". Pág. 143-160

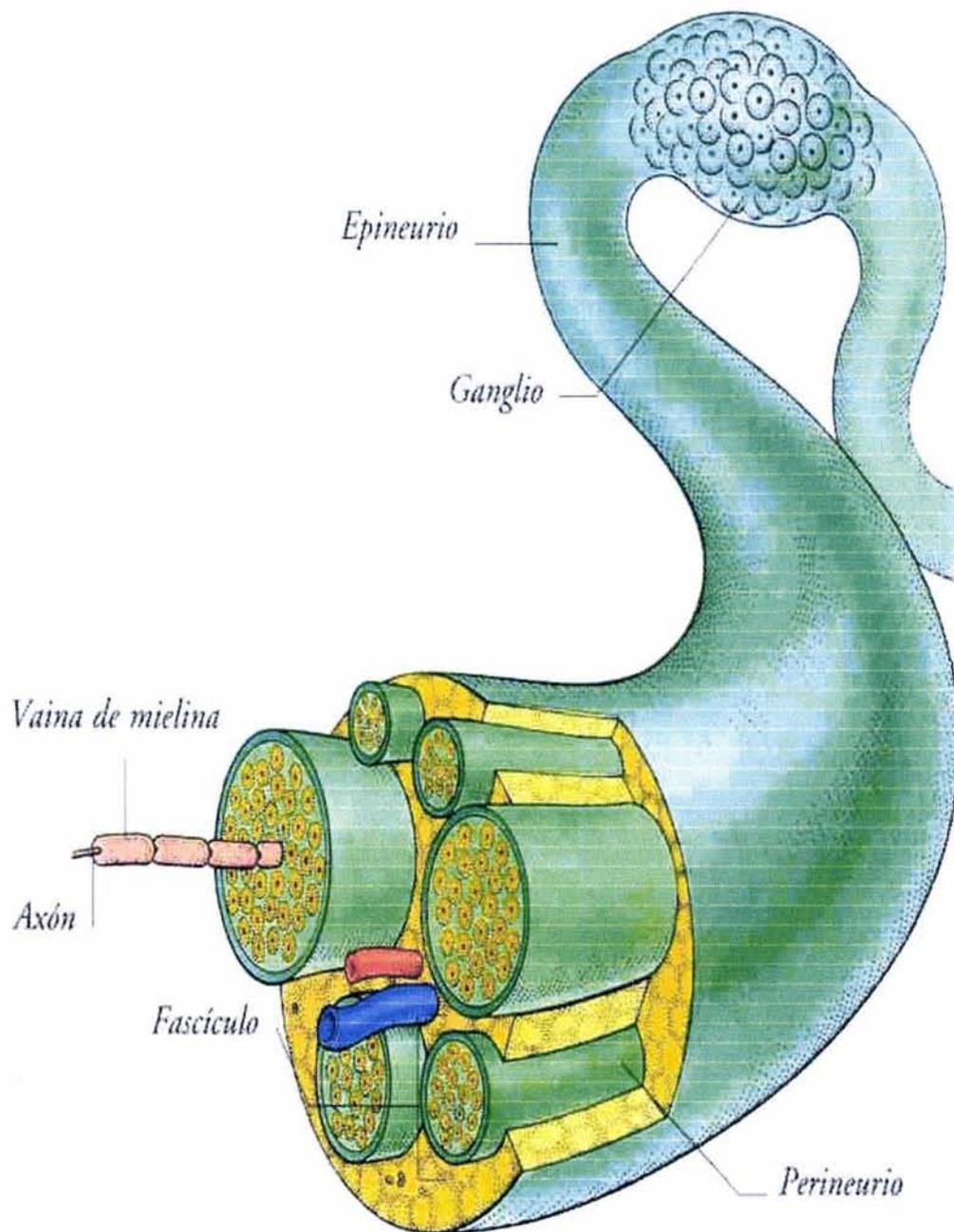


Fig. 3.- Sección del nervio espinal, mostrando sus componentes.

La síntesis de proteínas sigue un proceso similar al de cualquier proteína en otros tejidos; la MBP y CNP son las que más rápido se sintetizan e incorporan a la mielina, además están presentes en mayor proporción en todo el sistema nervioso. La MAG y PLP se encuentran en menor cantidad, sobre todo en el Sistema Nervioso Periférico.

La MBP y P2 interactúan de manera muy importante con los lípidos de la mielina regulando sus procesos de ensamblaje, remodelación y mantenimiento de ella. La P2 parece jugar un papel crucial en todo el proceso de mielinización. Se sabe que sólo se expresa en fibras seleccionadas y su presencia marca diferencias estructurales en las dimensiones de la capa de mielina. La MAG es miembro de la súper familia de las inmunoglobulinas y se cree que se comporta como molécula de adhesión neural, regulando el contacto de los oligodendrocitos entre sí y las neuronas. La MBP y PLP parecen ser las proteínas más importantes en el mantenimiento de la estructura compacta de la vaina de mielina. (4,5,7,8)

Las diferentes proteínas de la mielina pueden ser blanco de auto-anticuerpos y participar de esta manera en la fisiopatología de las Enfermedades Desmielinizantes.

La mielina del SNC y SNP es rica en lípidos; contiene altos niveles de colesterol, esfingomielina y glicolípidos, principalmente galactosilceramida y su derivado sulfatado, y, en menor proporción gangliósidos. A nivel del SNP además de esfingomielina hay altos niveles de fosfatidil etanolamina y fosfatidil inositol bifosfato.

En las enfermedades desmielinizantes al parecer los procesos de regulación de la síntesis y unión de los lípidos en la membrana están alterados, ocasionando así importantes cambios en la estructura y función de la mielina.

Cuando se produce un potencial de acción en la neurona, éste conduce a través de las fibras nerviosas de un nódulo de Ranvier a otro de manera saltatoria. La corriente eléctrica fluye por los líquidos extracelulares circundantes y el axoplasma de nódulo a nódulo, excitándose sucesivamente. Esto aumenta la velocidad de conducción en las fibras mielinizadas de 5 a 50 veces y además permite la conservación de energía en el axón, puesto que sólo se despolarizan los nódulos, disminuyendo la salida de iones y el gasto de energía para restablecer el equilibrio de sodio y potasio transmembrana. Por otro lado la esfingomielina se comporta como un excelente aislante que deprime el flujo iónico a través de la membrana unas 5.000 veces y su capacidad a unas 50 veces.

Esto permite que el proceso de repolarización suceda con una transferencia mínima de iones, de modo que la conducción del impulso nervioso en las fibras mielinizadas se logra casi por completo mediante cambios escalonados de los canales de Sodio, con una pequeña contribución de los canales de Potasio. La velocidad de conducción promedio de las fibras mielínicas grandes es de 100m/seg y en las amielínicas 0.5m/seg.¹⁴ (Fig. 4)

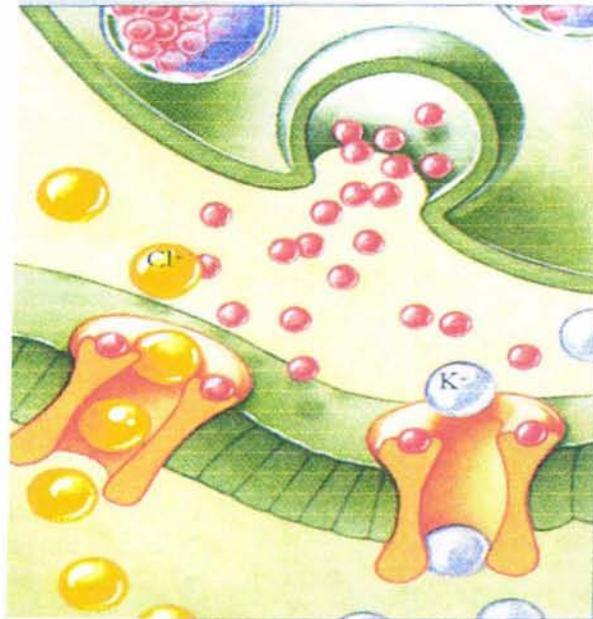


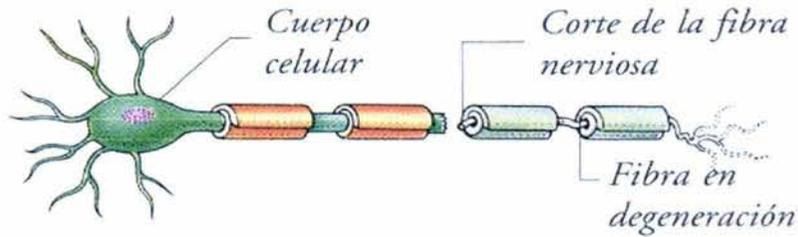
Fig. 4

Mielinización

Como se ha mencionado, la mielina no es indispensable para la conducción nerviosa, pero sí lo es para que los impulsos lleguen en forma adecuada a su órgano efector y éste cumpla sus funciones a cabalidad.

El proceso de mielinización se inicia con la activación de los genes que codifican para la síntesis de proteínas y lípidos de la mielina hacia el cuarto mes de vida intrauterina y se extiende hasta los cuatro años. Ocurre en dirección cefalocaudal y es indispensable para el adecuado desarrollo psicomotor del humano. (Fig. 5)

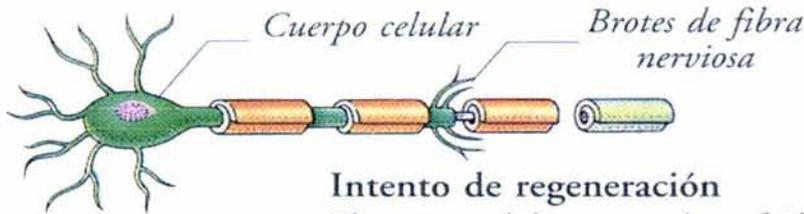
14.- Guytón AC. Víctor. "Tratado de Fisiología Medica". Pág. 398-413.



Vaina de mielina

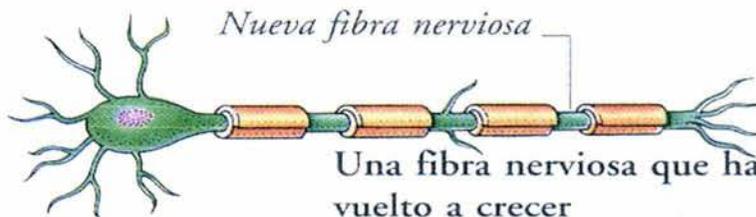
Después de una herida

Cuando, justo más allá de una herida y en la parte más alejada del cuerpo celular, la fibra nerviosa ya no recibe proteínas y enzimas vitales, empieza a degenerar y la vaina de mielina queda hueca.



Intento de regeneración

El cuerpo celular que no ha sufrido daños, estimula el crecimiento de varios brotes nerviosos en la restante porción de la fibra. Uno de esos brotes puede abrirse paso finalmente a través de la vaina de mielina vacía, pero intacta.



Una fibra nerviosa que ha vuelto a crecer

Con una capacidad para crecer 1,5 mm diarios, la nueva fibra nerviosa llega a su conexión previa. Lentamente, se restauran la función y la sensación, y los brotes nerviosos no utilizados degeneran.

Fig. 5.- Proceso de Mielinización.

1.4.2.- FISIOPATOLOGÍA DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polineuritis periférica inflamatoria que se caracteriza por la aparición rápidamente progresiva y ascendente de una disfunción de los nervios periféricos, que da lugar a parálisis. Es reversible en el 90 al 100 % de los casos y es uno de los trastornos de los nervios periféricos más frecuentes. Debido a la necesidad de apoyo ventilatorio, el SGB es una de las pocas enfermedades neurológicas del sistema periférico que requiere atención en las unidades de cuidados intensivos. La incidencia anual del SGB es de 1-2 casos por cada 100.000 personas.

Aparece con la misma frecuencia en los varones y las mujeres, y es la neuropatía desmielinizante adquirida más frecuente. La incidencia de SGB aumentó levemente durante un periodo posterior a la vacunación antigripal porcina de 1977. La causa del SGB se desconoce, pero más del 60% de los afectados tienen antecedentes de una infección vírica 2-4 semanas antes de iniciarse las manifestaciones clínicas. De ahí que se crea que puede deberse a una posible respuesta auto inmunitaria del sistema nervioso periférico.¹⁵

Este trastorno afecta a las vías motoras y sensitivas del sistema nervioso periférico, así como a las funciones del sistema nervioso autónomo dependiente de los nervios craneales. El principal hallazgo en el SGB es un proceso de desmielinización segmentaria a los anticuerpos formados contra una infección vírica reciente, por lo general de las vías respiratorias superiores o del tracto gastrointestinal.

Las células T migran hacia los nervios periféricos produciendo edema e inflamación. A continuación los macrófagos invaden el área inflamatoria y degradan la mielina. La reacción inflamatoria alrededor de ésta área de desmielinización causa la posterior disfunción neurológica.

La vaina de mielina de los nervios periféricos es sintetizada por las células de Schwann y actúa como aislante del nervio. La mielina promueve la rápida conducción de los impulsos nerviosos al permitir que éstos salten a lo largo del nervio entre los nodos de Ranvier. La degradación de las fibras de mielina enlentece, y a veces detiene totalmente. La conducción de los impulsos a través de los nervios periféricos. En el SGB, las fibras mielínicas gruesas de las vías motoras y de los nervios craneales se afectan de una forma más intensa que las fibras sensitivas mielínicas finas responsables de transmitir el dolor superficial, el tacto y la temperatura.

Una vez que cesa la reacción inflamatoria transitoria, las células productoras de mielina comienzan el proceso de "REISLAMAMIENTO" de las porciones desmielinizadas del sistema nervioso periférico. Cuando se produce la remielinización, la función neurológica vuelve a la normalidad. En ocasiones, el axón también se ve afectado por el proceso inflamatorio. El grado de lesión axonal es responsable de la intensidad de la disfunción neurológica residual tras la recuperación.

Valoración y diagnóstico

Los síntomas del SGB incluyen debilidad muscular, parestesias y otras alteraciones sensitivas, afectación de nervios craneales (sobre todo del oculomotor, facial, glossofaríngeo, vago, espinal e hipogloso) y disfunción del sistema nervioso autónomo. La evolución habitual del SGB consiste en un inicio súbito de debilidad muscular en los miembros inferiores, que progresa hacia la flaccidez y asciende en un período de horas a días. El déficit motor suele ser simétrico, bilateral y ascendente. En los casos más graves aparece una flaccidez completa por afectación de todos los nervios periféricos, incluidos los espinales y craneales.

El ingreso en el hospital suele producirse cuando la debilidad muscular en las extremidades inferiores impide la movilidad. El traslado a la unidad de cuidados intensivos tiene lugar cuando la progresión de la debilidad muscular alcanza los músculos respiratorios.

A medida que la debilidad progresa es esencial un buen control del paciente. Hay que valorar con frecuencia la función respiratoria, incluyendo los parámetros ventilatorios, como la capacidad inspiratoria y el volumen residual. La causa más frecuente de muerte en los pacientes con SGB es la parada respiratoria. A medida que el trastorno progresa y aumenta el esfuerzo respiratorio es necesario intubar al paciente e iniciar la ventilación mecánica. Se requiere una valoración continua del deterioro neurológico hasta que el paciente alcance el acmé del progreso y se estabilice.

El diagnóstico del SGB se basa en los hallazgos clínicos y en el análisis del LCR y los estudios de conducción nerviosa. El análisis de LCR muestra un nivel inicial normal de proteínas, que se eleva entre la cuarta y la sexta semanas de evolución. No se detectan otras alteraciones en el LCR. Los estudios de conducción nerviosa, que exploran la velocidad a la que se transmiten los impulsos nerviosos, muestran una reducción significativa de la misma que confirma la naturaleza desmielinizante del proceso.

Tratamiento Médico

Al no existir procedimiento curativo, el tratamiento médico del SGB es limitado. El trastorno se limita simplemente a seguir su curso, que se caracteriza por una parálisis ascendente que progresa durante 2-4 semanas y que después se estabiliza en una meseta durante varias semanas. Esta fase de meseta va seguida por una mejora progresiva y descendente de la parálisis, con retorno a la normalidad o a una función próxima a la normalidad. El principal objetivo del tratamiento médico consiste en mantener las funciones y prevenir las complicaciones.

La plasmaféresis suele utilizarse para intentar limitar la gravedad y la duración del síndrome. Este procedimiento consiste en intercambiar y lavar el plasma para eliminar los anticuerpos que causan el SGB. Este tratamiento se realiza durante 10-15 días. Existe controversia sobre el beneficio de ésta técnica. Está contraindicada en pacientes inestables hemodinámicamente.

En un estudio reciente sobre un ensayo clínico multicéntrico con 220 pacientes para valorar el beneficio a largo plazo de la plasmaféresis se demostró que el 71% de los pacientes del grupo terapéutico presentaron una recuperación completa de la fuerza muscular al cabo de un año, frente al 52% del grupo control. Las investigaciones sugieren que la inmunoglobulina intravenosa puede ejercer efectos beneficiosos en el tratamiento del SGB. En un gran ensayo multicéntrico randomizado reciente se han comunicado resultados prometedores. La inmunoglobulina es un producto hemático, se requiere un control estricto durante su administración y durante la plasmaféresis. Algunos especialistas recomiendan utilizar esteroides por su efecto anti-inflamatorio, aunque su eficacia continúa siendo poco clara. También se recomienda el uso de complejo B, analgésicos y heparina como profilaxis del embolismo pulmonar.¹⁶

16.- Adams R. Víctor. "Principles of Neurology". Pág. 519-542.

1.4.3.- ACCIONES DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

Acciones de enfermería aplicadas a un paciente con Síndrome de Guillain-Barré, durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Metropolitano, que nos llevaron a detener las complicaciones del proceso de desmielinización que sufría el Sr. Mauricio a su ingreso.

ACCIONES DEPENDIENTES:

- Instalar catéter Mahukar.
- Realizar plasmaféresis 5-6 sesiones, una cada tercer día.
- Instalación de sonda naso-enteral.
- Alimentación enteral en infusión para 24 hrs.
- Monitoreo del estado cardiorespiratorio.
- Administración de inmunoglobulina cada tercer día.
- Administración de complejo B, cada 24 hrs.
- Administración de carbamazepina cada 8 hrs.
- Administración de Heparina 5000 UI cada 8 hrs..
- Administración de fenitoína.
- Instalación de sonda Foley a permanencia.

ACCIONES INTERDEPENDIENTES:

- Realizar estudio de conducción nerviosa (potenciales evocados).
- Realizar análisis de líquido céfalo raquídeo.
- Realizar electromiografía.
- Realizar tomografía y resonancia magnética.
- Realizar muestras de laboratorio.
- Manejo adecuado de ventilador mecánico.

ACCIONES INDEPENDIENTES:

- Realizar baño de esponja.
- Mantener la piel seca y lubricada.
- Cambios de posición cada 2 hrs.
- Realizarle ejercicios pasivos dos veces por turno.
- Colocación de Medias antitromboticas.

- Valoración neurológica cada 8 hrs.
- Aspiración de secreciones cada vez que sea necesario.
- Control de líquidos estricto.
- Verificar la adecuada colocación y permeabilidad de la sonda nasointestinal, antes y después de iniciar la alimentación enteral, y asegurar un ritmo correcto.
- Vigilar peristalsis intestinal y posibles signos de distensión abdominal, estreñimiento o diarrea.
- Realizar glicemia por turno.
- Toma y registro de signos vitales por turno.
- Vigilar adecuada colocación de sonda endotraqueal.
- Vigilar que el globo de la cánula endotraqueal este adecuadamente inflado y con la presión necesaria.
- Aplicar calor seco.
- Dar apoyo emocional al paciente y a la familia.
- Explicar todo el proceso de la enfermedad de Guillain-Barré.
- Recopilar los resultados de laboratorio y de gabinete, para continuar con manejo pertinente.
- Mantener una posición adecuada y cómoda.
- Vigilar saturación de oxígeno por oximetría.
- Vigilar posición adecuada de sonda Foley.
- Realizar valoración del dolor con la escala de valoración análoga.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Realmente no hay medidas preventivas como tal ya que se desconoce el agente causal que ocasiona la enfermedad, pero teniendo como base que los principales factores son: episodios virales frecuentes, 2 semanas después de aplicación de vacuna antiviral o una infección gastrointestinal con diarrea entre 1 a 8 semanas antes del primer síntoma, podemos concluir que las medidas preventivas son las siguientes:

- Ingerir cantidades necesarias de vitamina C.
- Tratar adecuadamente cualquier cuadro gripal o infección de vías respiratorias que se presenten.
- No automedicarse.
- Tomar abundantes líquidos.

- Cuando se aplique la vacuna antiviral, informar al paciente sobre esta posible complicación 2 semanas después de su aplicación y en caso de presentar sensación de hormigueo (parestesia), pérdida de la fuerza o de la sensibilidad de alguno de los miembros pélvicos o superiores acudir inmediatamente al doctor para su revisión.
- En presencia de vómito, diarrea o infección intestinal acudir con el doctor y cumplir con el tratamiento completo, no auto medicarse.
- Lavarse las manos antes de cada comida y después de ir al baño o cuantas veces sea necesario.
- Comer de preferencia en casa.
- Tomar agua filtrada o embotellada.
- Lavar y desinfectar frutas y verduras.

Ya una vez presentada la enfermedad, las medidas preventivas irán encaminadas a prevenir complicaciones que pudieran atraer a una disfunción múltiple de órganos y con ello la muerte del paciente o dejar secuelas irreversibles.

- Ingresar a la unidad de cuidados intensivos.
- Monitoreo del estado cardiorespiratorio continuo.
- Administrar anticonvulsivos como la fenitoína.
- Administrar complejo B.
- Realizar sesión completa de plasmaféresis y continuar tratamiento con inmunoglobulina para evitar daño irreversible del axón o limitar las secuelas.

2.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.1.- PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO DEL PACIENTE

El Sr. M. H., masculino de 37 años, pesa 68 kg. mide 163 mts. nació en Morelia Michoacán, con domicilio actual en Nezahualcoyotl #188 Col. Centro, casado de religión católica, empleado de confianza en tienda de autoservicio, es internado el día 7 de Enero en el Hospital Metropolitano, con diagnóstico de enfermedad de Guillain-Barré.

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS

Abuela materna con cáncer cérvico-uterino, padre con diabetes mellitus tipo II.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Varicela a los 16 años, Amigdalectomía a los 25 años.

DINAMICA SOCIOFAMILIAR

Tiene 4 hijos, solteros, estudiantes de primaria y secundaria, su esposa es secretaria y él es Lic. en Administración de Empresas. Es una familia muy integrada.

El señor M. de 37 años de edad, inicia su padecimiento el día 5 de enero del presente año al cargar y transportar un bulto de aproximadamente 20 kg. de peso sobre la espalda y nuca, cuando se dirigía a su casa, por un lapso de 30 minutos. Posterior a éste hecho empieza a presentar paresia de miembro superior izquierdo, sin que prestara mayor atención, pues niega sintomatología agregada; no obstante al día siguiente, 6 de Enero se percata que inicia con debilidad progresiva de miembro inferior izquierdo y presencia de dolor de intensidad moderada; que en el transcurso de las siguientes horas evoluciona al brazo y pierna derecha y que intenta controlar con aspirina por vía oral (1X8).

El día 7 de Enero, al despertar presenta cuadriplejía y dolor en las cuatro extremidades, por lo que es transportado por su esposa, al Hospital Metropolitano, donde diagnostican probable Polirradiculoneuropatía periférica.

El Sr. M. conserva todavía el automatismo ventilatorio aunque con ligera dificultad respiratoria, con escala de Glasgow de 12 puntos, con frecuencia de 30 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno por pulsioximetría (SpO₂) de 89%, gasometría con un Ph de 7.15, bióxido de carbono (PCO₂) de 28, saturación arterial de oxígeno (SaO₂) 88%, bicarbonato (HCO₃) 27, por lo que se decide su intubación y se inicia ventilación mecánica. Se traslada a terapia intensiva.

Actualmente, tras la valoración y exploración neurológica se encuentra despierto y orientado en tiempo, lugar y persona, con Glasgow de 13 puntos, pupilas Isocóricas con respuesta normal a la luz, sin alteración a nivel conjuntival, capacidad auditiva y olfativa sin alteraciones responde con apertura y cierre ocular y con movimientos de la cabeza para afirmar o negar. Se observa con facies de angustia, flacidez de las cuatro extremidades, ausencia de movimiento y reflejos osteotendinosos, Babinsky negativo, reflejo tusígeno abolido, ausencia de automatismo, presión arterial (TA) de 110/70, Frecuencia cardíaca (FC) de 84x', temperatura 36° C. Se mantiene con ventilación asistida.

Se procede a instalar catéter central para la infusión de soluciones parenterales, pues sólo cuenta con vía periférica en miembro superior derecho, y se inicia Sol. Glucosada al 5% de 1000 ml. para 12 hrs. asimismo se instala sonda Foley para control de diuresis.

Se realiza resonancia magnética y se corrobora diagnóstico de Guillain-Barre, no se observa evidencia de lesión intra-raquídea ni medular.

Se realiza estudio electrofisiológico encontrando daño axonal compatible con neuropatía, por lo que se decide instalar catéter de Mahukar en subclavia derecha para efectuar plasmaféresis, iniciando el día 10 de Enero con 5 sesiones programadas.

2.2.- VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

1 .- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Al momento de ingreso el Sr. M. se encuentra con dificultad para respirar, con frecuencia respiratoria (FR) de 30x', saturación de oxígeno por pulsioximetría (SpO₂) del 89%, se pide interconsulta al servicio de terapia intensiva para su valoración, decide intubación endotraqueal y apoyo mecánico ventilatorio con modalidad controlada por volumen, fracción inspiratoria de oxígeno (FiO₂) del 60%, volumen corriente (VC) de 600 y frecuencia respiratoria (FR) de 20x'.

Se observa tórax simétrico, de características normales, a la auscultación con sonido respiratorio de buena intensidad, campos pulmonares ventilados, saturación de oxígeno por pulsioximetría (SpO₂) del 92%, la coloración de la piel, lechos ungueales y peribucal se observan rozados.

Antes de ser intubado el Sr. M. manifestó, no fumar, pero si convivir con fumadores en su trabajo, así también que padece de resfriados frecuentes y que hace aproximadamente 2 semanas se aplicó la vacuna antigripal.

Necesidad:

Independiente	
Parcialmente dependiente	
Dependiente	X

2 .- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

El Sr. M. refirió que toma dos litros de agua embotellada, y sabe las consecuencias que origina el tomar agua no tratada, así como el no tomar agua en cantidad suficiente.

Realiza tres comidas al día, dos de ellas en casa y una en el trabajo, en buena cantidad y calidad.

Actualmente se encuentra con sonda nasointestinal para ministración de alimentación enteral, se observa cavidad oral con sialorrea, labios y mucosas hidratadas, reflejo nauseoso conservado.

Necesidad:

Independiente	
Parcialmente dependiente	
Dependiente	X

3 .- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Presenta entre 4 y 6 micciones en el día, 2 por la noche, de características normales, evacuaciones una vez al día de características blandas y formadas, no usa laxantes, ni tiene hemorroides, no presenta dolor al miccionar, ni a la evacuación.

Refiere que cuando esta nervioso le la diarrea y cuando esta bajo estrés se estriñe.

A la auscultación se encuentra con presencia de peristaltismo, no se observa distensión abdominal, ni dolor a la palpación.

Genitales externos sin alteraciones, cuenta con sonda Foley a través de la cual se aprecia salida de orina de características macroscópicas normales.

Necesidad:

Independiente	
Parcialmente dependiente	
Dependiente	X

4 .- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Mantén una buena postura corporal, le gusta hacer ejercicio (caminar y jugar fútbol soccer), al momento de ingresarlo se encuentra ausencia de fuerza y tono muscular, acompañado de parálisis de predominio en piernas, brazos y tronco, con sensibilidad conservada, función motora sin alteración a nivel de cabeza y cuello.

Manifiesta parestesia y mialgia intensa, sobre todo a nivel de miembros inferiores y superiores de tipo intermitente. Actualmente no es capaz de moverse solo, ni de mantener su postura.

Necesidad:

Independiente	
Parcialmente dependiente	
Dependiente	X

5 .- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Duerme entre 7 y 8 hrs. de 22:00 a 6:00 a.m. descansa una hora y media generalmente por la tarde, no padece de insomnio y al despertar se siente muy bien descansado.

En este momento se observa ansioso, angustiado al no saber cual va ha ser el daño que genere su enfermedad.

Necesidad:

Independiente	
Parcialmente dependiente	X
Dependiente	

6 .- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

No influye su estado de ánimo para seleccionar que ropa se pone, ni ninguna religión, a veces con ayuda de se esposa selecciona que ropa se pone.

A su llegada se encontró limpio y arreglado, necesita de ayuda para vestirse y desvestirse debido a la cuadriplejia.

Necesidad:

Independiente	
Parcialmente dependiente	
Dependiente	X

7 .- NECESIDAD DE TERMOREGULACIÓN

Cuando hay cambios de temperatura el Sr. M. se adapta a los cambios en cuanto a su forma de vestir, pero tiene la tendencia a enfermarse de gripa, realiza ejercicio y corre los fines de semana.

Su casa esta bien ventilada, techo de loza, paredes de ladrillo, piso de mosaico, cuenta con todos los servicios. Al Sr. M. le agradan mas las épocas de calor que es cuando menos se enferma. Actualmente maneja temperatura de 35.8 C.

Necesidad:

Independiente	
Parcialmente dependiente	X
Dependiente	

8 .- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

El Sr. M. se baña diario por las mañanas, con cambio de ropa, se lava los dientes 3 veces al día. Las manos cuantas veces sea necesario y antes de cada alimento y después de ir al baño. No tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos.

Su aspecto general es limpio, no hay halitosis, su cabello es corto, suave y con brillo. La piel se observa con buena coloración y turgencia, hidratada a excepción de las articulaciones de ambos miembros superiores que se observan secas, sin irritación o eritema, no se observa edema y sólo se observa una pequeña herida en el miembro inferior derecho a la altura de la rodilla a consecuencia de una caída a la edad de 7 años.

Actualmente depende de otra persona para mantener su higiene.

Necesidad:

Independiente	
Parcialmente dependiente	
Dependiente	X

9 .- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Su familia la componen su esposa y 4 hijos (2 varones y 2 mujeres), ante una situación de urgencia su esposa se pone nerviosa pero se tranquiliza rápido, el se pone tenso pero canaliza la situación si le es posible corriendo o jugando fútbol.

Conoce las medidas de protección en el hogar y en el trabajo, realiza controles recomendados por lo menos una vez al año, no tiene ninguna deformidad congénita, las condiciones de ambiente en su hogar son agradables y de mucha comunicación e integridad, lo mismo que en su trabajo. Por su cuadriplejía el no puede evitar los peligros.

Necesidad:

Independiente	
Parcialmente dependiente	
Dependiente	X

10 .- NECESIDAD DE COMUNICARSE

Es casado desde hace 16 años, convive con su esposa y sus 4 hijos, los cuales son estudiantes de secundaria y primaria. Ante una situación de estrés, corre, juega fútbol y después más tranquilo lo platica con su esposa y juntos dan solución al problema. Su relación con las demás personas que le rodean son agradables.

En este momento se encuentra angustiado y con temor pues no sabe con exactitud que va ha ser de él. Debido a la sonda endotraqueal, la manera de comunicarse con los demás es a través de la apertura y cierre ocular para responder preguntas sencillas, o con movimientos ligeros de cabeza para afirmar o negar algo.

Necesidad:

Independiente	
Parcialmente dependiente	X
Dependiente	

11 .- NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES

Su religión es católica, y no tiene conflictos personales, debido a su religión. Los valores que predominan en su familia y que inculca a sus hijos son: honestidad, respeto, trabajo, honradez y lealtad, y siempre trata de tenerlos presenta a donde se encuentre.

Su forma de pensar es congruente con su forma de vivir, esta satisfecho con lo que ha logrado, aunque desea alcanzar más metas a nivel profesional.

Necesidad:

Independiente	X
Parcialmente dependiente	
Dependiente	

12 .- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Trabaja como empleado de confianza en una tienda de autoservicio, de 8 a 10 hrs. diarias, se encuentra satisfecho con su trabajo ya que le permite cubrir las necesidades de su familia.

En este momento no se siente tan preocupado en el aspecto económico ya que va ha contar con una incapacidad y le será pagado su sueldo integro, solo le preocupa el no poder volver a trabajar.

Necesidad:

Independiente	X
Parcialmente dependiente	
Dependiente	

13 .- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

A él le gusta jugar fútbol soccer, lo práctica semanalmente, al igual que correr o caminar por los parques o bosques cuando le es posible, también ve la televisión por ratos.

Su comunidad cuenta con áreas para la recreación (parques, biblioteca, cine, etc), aunque por el momento no podrá hacer uso de ellos, pero si para su rehabilitación.

Necesidad:

Independiente	
Parcialmente dependiente	
Dependiente	X

14 .- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Es Lic. en Administración de empresas, la cual ejerce desde hace 9 años, le gusta leer poco, es muy observador. Actualmente tiene problemas para comunicarse con la gente que lo rodea hasta hoy, ya que se encuentra intubado y le es difícil aprender a comunicarse de otra manera.

Tiene necesidad de aprender sobre su enfermedad para poder llevar una adecuada rehabilitación.

Necesidad:

Independiente	
Parcialmente dependiente	X
Dependiente	

2.3.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN LAS 14 NECESIDADES

1 .- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Diagnóstico de Enfermería:

Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada a disfunción neuromuscular, manifestado por ausencia de reflejo tusígeno y sialorrea.

2 .- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit de autocuidado en la alimentación relacionado a deterioro neuromuscular, manifestado por inmovilidad, ausencia de reflejo tusígeno e intubación endotraqueal.

3 .- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Diagnóstico de Enfermería:

Incontinencia urinaria total relacionado con enfermedad desmielinizante, manifestado por pérdida de tono y fuerza muscular en tronco.

4 .- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

Diagnóstico de Enfermería:

Riesgo de alteración por inmovilización, relacionado con parálisis secundaria a síndrome de Guillain-Barré, manifestado por incapacidad para la movilidad, flacidez, pérdida de tono y fuerza muscular en extremidades superiores, inferiores y tronco.

5 .- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Diagnóstico de Enfermería:

Alteración del patrón del sueño en relación con el tratamiento y el entorno, manifestado por insomnio.

6 .- NECESIDAD DE USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Diagnóstico de Enfermería:

Debido a que el Sr. M. esta hospitalizado está necesidad se encuentra cubierta, de acuerdo al uso de ropa dentro del hospital.

7 .- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Diagnóstico de Enfermería:

Termorregulación ineficaz relacionado con parálisis secundaria a síndrome de Guillain-Barré, manifestado por piel fría y pálida.

8 .- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Diagnóstico de Enfermería:

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, relacionado a inmovilidad prolongada, manifestado por piel seca y enrojecimiento de zonas de presión.

9 .- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Diagnóstico de Enfermería:

Alteración del bienestar relacionado con dolor, polineuritis y afectación de las vías motoras y sensitivas, manifestado por la expresión facial, inquietud y angustia.

10 .- NECESIDAD DE COMUNICARSE

Diagnóstico de Enfermería:

Deterioro de la comunicación verbal relacionado a alteración neuromuscular e intubación endotraqueal, manifestado por inmovilidad y dificultad para expresar las ideas.

11 .- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Diagnóstico de Enfermería:

Sus creencias y valores son firmes y confía plenamente en que todo saldrá bien, se recomienda a familiares continúen fomentando sus creencias y valores.

12 .- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Diagnóstico de Enfermería:

El Sr. M. tiene satisfecha esta necesidad ya que cuenta con una incapacidad que cubre su sueldo íntegro.

13 .- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit de actividades recreativas relacionado con parálisis secundaria a síndrome de Guillain- Barré, manifestado por inmovilidad de las cuatro extremidades y tronco.

14 .- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit de conocimiento para manejar su enfermedad relacionado a plasmaféresis, manifestado por facies de angustia y piel fría.

2.4.- PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Diagnóstico de Enfermería:

Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada a disfunción neuromuscular, manifestado por ausencia de reflejo tusígeno y sialorrea.

OBJETIVOS

Asegurar y mantener permeable la vía aérea del paciente durante su estancia hospitalaria.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Realizar aspiración de secreciones bucales y traqueo bronquiales.
- Auscultación frecuente de campos pulmonares para verificar permeabilidad de la vía aérea.
- Verificar saturación de oxígeno (SpO₂).
- Vigilar presencia de cianosis, inquietud o desaturación.
- Verificar constantemente la adecuada colocación de la cánula endotraqueal.
- Medir la presión del globo de la cánula endotraqueal una vez por turno.

FUNDAMENTACIÓN

- El mantener despejada la vía aérea contribuirá al mejor intercambio gaseoso.
- La hematosis es el intercambio de gases entre los alvéolos y las células tisulares.
- El organismo capta oxígeno y elimina bióxido de carbono y otras sustancias de desechos a través del aparato respiratorio y del sistema circulatorio.
- La falta de oxígeno produce aprehensión y ansiedad al paciente.
- El oxígeno es esencial para la vida.
- Un suministro insuficiente de oxígeno deteriora el funcionamiento de todos los sistemas del cuerpo.
- El mantener una adecuada presión del globo de la cánula endotraqueal, evita que se nos salga la sonda y que nos pueda causar una necrosis en la epiglotis.

- Para que la función respiratoria sea normal es esencial que las vías respiratorias estén permeables.

EVALUACIÓN

El paciente mantiene permeable la vía aérea, no se auscultan estertores y se mantiene con una saturación de oxígeno de 96%.

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit de autocuidado en la alimentación relacionado a deterioro neuromuscular, manifestado por inmovilidad, ausencia de reflejo tusígeno e intubación endotraqueal.

OBJETIVO

Que el paciente mantenga un aporte nutricional adecuado durante su estancia en el hospital.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Verificar la adecuada colocación y permeabilidad de la sonda nasointestinal antes, durante y después de iniciar la alimentación enteral.
- Administrar nutrición enteral en infusión p/24 hrs.
- Colocar al paciente en posición semifowler durante la alimentación.
- Asegurar un correcto ritmo de infusión de la nutrición enteral.
- Verificar peristalsis intestinal y posibles signos de distensión abdominal, estreñimiento o diarrea.
- Ministración de metoclopramida Intravenosa cada 8 hrs.
- Realizar glicemia por turno.

FUNDAMENTACIÓN

- Para la salud óptima se requiere una ingestión adecuada de nutrientes esenciales y alimentos energéticos.
- Facilitar la absorción de nutrientes, disminuye el ácido clorhídrico.
- El estado nutricional del individuo está determinado por lo adecuado de los nutrientes específicos y los alimentos energéticos que recibe.

- El estado nutricional del individuo esta determinado por lo adecuado de los nutrientes específicos y los elementos energéticos que recibe, absorbe y utiliza su cuerpo.
- La ayuda de pruebas rápidas facilita la rápida corrección en la cantidad de nutrientes requeridos.
- El flujo rápido ocasiona una sensación desagradable en nasofaringe y quizá hiperperistaltismo.
- La relajación del cardias por la presencia de una sonda puede originar incapacidad para utilizar los mecanismos normales para prevenir la aspiración de líquidos.
- La aparición de molestias abdominales u obstrucción determina la suspensión de la alimentación.

EVALUACIÓN

El paciente recibe la nutrición enteral sin presentar complicaciones, presentando un estado nutricional adecuado hasta el momento.

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Diagnóstico de Enfermería:

Incontinencia urinaria total relacionado con enfermedad desmielinizante, manifestado por pérdida de tono y fuerza muscular en tronco.

OBJETIVO

Ayudar a reducir la carga de trabajo de los riñones facilitando la eliminación de orina de la vejiga.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Instalación de sonda Foley.
- Control de líquidos estrictos.
- Mantener una hidratación óptima.
- Evitar acodamientos de la sonda.
- Vigilar características de la orina.
- Proporcionar información exacta sobre las razones de la instalación de la sonda Foley.
- Fijar sonda de Foley.

FUNDAMENTACIÓN

- Los riñones tienen un papel importante en la conservación del equilibrio de líquidos por lo que una eliminación de orina menor de 25 ml/hr. se considera inadecuado en adultos.
- La supresión de la formación de orina en los riñones pone en peligro la vida del individuo.
- La aparición de elementos anormales (cilindros, células epiteliales renales, eritrocitos y leucocitos) en sedimentos urinarios son indicadores de infecciones renales.
- La pérdida de control voluntario de la micción es una amenaza grave para la auto-estimulación del individuo.
- El conocimiento y comprensión del comportamiento humano ayuda a disminuir la ansiedad y el temor.
- El uso de material de fijación de la sonda a la piel previene lesiones.
- La sonda actúa como canal para vaciar la vejiga.
- La medición precisa del ingreso y pérdida de los líquidos permite evaluar el equilibrio hídrico del organismo.

EVALUACIÓN

El Sr. M. no presenta datos de retención urinaria, y las características macroscópicas de la orina son normales.

4 .- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

Diagnóstico de Enfermería:

Riesgo de alteración por inmovilización, relacionado con parálisis secundaria a síndrome de Guillain-Barré, manifestado por incapacidad para la movilidad, flacidez, pérdida de tono y fuerza muscular en extremidades superiores, inferiores y tronco.

OBJETIVO

A CORTO PLAZO: Limitar en el Sr. M. la afectación neuromuscular actual mediante el empleo de plasmaféresis.

A LARGO PLAZO: Lograr que el Sr. M. recupere la movilidad con el mínimo de secuelas físicas.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Participar con el médico en la realización de plasmaféresis en 5 sesiones programadas, una cada tercer día.
- Valorar respuesta ante el procedimiento a lo largo de los siguientes días. (recuperación de la movilidad y/o extensión de la parálisis).
- Realizar valoración neurológica una vez por turno.
- Participar en la preparación y traslado del Sr. M. a estudios de gabinete, tomografía o resonancia magnética.
- Realizar ejercicios pasivos al Sr. M. y a su vez hacer partícipes a los familiares en los ejercicios.
- Colocación de medias antitromboticas.

FUNDAMENTACIÓN

- La anomalía en la estructura anatomo-funcional, la pérdida de equilibrio o el sentido de la posición, son indicadores de alteraciones locomotoras potenciales o reales.
- Una evaluación integral determina el tipo de movilización a realizar en el individuo para obtener, conservar o recobrar la locomoción.
- La enseñanza en cuanto a funcionamiento músculo esquelético requiere de un programa equilibrado de ejercicios.
- La colocación de medias antitromboticas evita vaso espasmo y éxtasis venosa, comprimiendo los vasos facilitando la fluidez venosa en sentido ascendente mejorando la circulación.
- La mayor parte de los patrones de movimientos musculares necesarios para la posición y locomoción se efectúan a nivel de medula espinal.
- La enseñanza en cuanto a funcionamiento músculo-esquelético requiere de un programa equilibrado de ejercicios.
- Los espasmos musculares producidos por reflujos medulares indican daño muscular por exceso de ejercicios, deficiente riego sanguíneo e inflamación de tejidos adyacentes.

EVALUACIÓN

Todavía no es posible valorar respuesta al procedimiento, ya que solo se le ha sometido a una sesión de plasmaféresis en el curso de los 2 primeros días de hospitalización.

5 .- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Diagnóstico de Enfermería:

Alteración del patrón del sueño en relación con el tratamiento y el entorno, manifestado por insomnio.

OBJETIVO

Disminuir los factores que inhiben o impiden el sueño del paciente.

ACCIONES DE ENFERMERÍA:

- Disminuir el ruido del cubículo.
- Disminuir molestias durante el periodo de sueño.
- Limitar la cantidad de sueño durante el día.
- Administrar algún inductor del sueño.

FUNDAMENTACIÓN

- Una persona para dormir y descansar necesita saber que su vida esta bajo control.
- Los periodos del sueño son un componente esencial del hombre.
- Las enfermedades alteran los patrones de sueño.

EVALUACIÓN

Se observa al Sr. M. con un sueño mas profundo y con mayor duración.

6 .- NECESIDAD DE USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Diagnóstico de Enfermería:

Debido a que el Sr. M. esta hospitalizado está necesidad se encuentra cubierta, de acuerdo al uso de ropa dentro del hospital.

7 .- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Diagnóstico de Enfermería:

Termorregulación ineficaz relacionado con parálisis secundaria a síndrome de Guillain-Barré, manifestado por piel fría y palidez.

OBJETIVO

Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Aplicación de calor seco (lámparas, colchón térmico).
- Mantener ropa de cama seca.
- Evitar corrientes de aire.
- Cubrir al paciente con ropa abrigadora.

FUNDAMENTACIÓN

- La actividad, tono, la acción dinámica muscular específica, los alimentos y los cambios en el índice basal metabólico son los principales mecanismos que regulan la termogénesis.
- La recepción de calor procedentes de fuentes externas y gran cantidad de ropa son mecanismos secundarios o extrínsecos que guardan calor.
- La aplicación del calor prolongado produce sudor y enrojecimiento de la zona.
- El calor estimula los receptores de las terminaciones nerviosas sensoriales libres.
- El calor se transmite al organismo por conducción, convección y radiación.
- Las corrientes bruscas de aire influyen en la aparición de problemas respiratorios.
- Una habitación libre de corrientes de aire y con temperaturas de 20 a 23 C°, contribuye al bienestar físico del paciente.

EVALUACIÓN

El Sr. M. mantiene una temperatura corporal de 36.2 C°. durante su estancia en el hospital.

8 .- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Diagnóstico de Enfermería:

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, relacionado a inmovilidad prolongada, manifestado por piel seca y enrojecimiento de zonas de presión.

OBJETIVO

Que el Sr. M. mantenga la integridad de la piel, evitando la aparición de escaras por presión durante su estancia en el hospital.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Realizar baño de esponja.
- Colocar colchón de agua al Sr. M.
- Brindar cambios posturales cada dos horas.
- Mantener la piel limpia, hidratada y lubricada.
- Realizar valoración de la piel a fin de detectar áreas con posibles alteraciones sobre todo en áreas de presión.
- Realizar al Sr. M. ejercicios pasivos.
- Enseñar a los familiares a realizar dichos ejercicios e incitar a que participen en ellos.
- Realizar aseo bucal y cepillado de cabello.
- Colocar un cojín o almohada en medio de las extremidades para proteger las protuberancias óseas.

FUNDAMENTACIÓN

- El aseo con agua y jabón disminuye el riesgo de infección y además proporciona bienestar.
- El cambio de posición frecuente evita zonas de presión y facilita la circulación.
- El centro de gravedad de un cuerpo es el punto en el que está centrada la masa corporal.
- La integridad de la piel es la primera línea de defensa del cuerpo contra infecciones y lesiones.
- El grado de movilidad de una articulación, depende de los huesos, músculos, ligamentos y tendones que la unen.
- Los ejercicios pasivos evitan el desarrollo de contracturas.
- Una presión ejercida por una posición anormal disminuye el aporte sanguíneo.
- Una sola posición durante tiempo prolongado produce malestar físico y mental.
- El uso de emolientes proporciona humedad y vitalidad a la piel.
- La higiene bucal es básica para la salud y bienestar del paciente.
- El cepillado elimina residuos de alimentos y estimula la circulación y nutrición de las encías.
- El jabón saponifica las grasas.
- La estimulación mecánica favorece la circulación sanguínea.

EVALUACIÓN

Hasta el momento la piel del Sr. M. se mantiene íntegra y de características normales.

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Diagnóstico de Enfermería:

Alteración del bienestar relacionado con dolor, polineuritis y afectación de las vías motoras y sensitivas, manifestado por la expresión facial, inquietud y angustia.

OBJETIVO

El Sr. M. presentará disminución del dolor en las próximas 24 hrs. evitando al máximo la recurrencia del mismo.

Disminuir la angustia que el dolor le ocasiona.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Ministración de analgésico indicado a intervalos regulares.
- Realizar valoración con escala de valoración análoga (EVA) para valorar respuesta a los analgésicos.
- Valorar signos vitales cada 30 minutos.
- Buscar posibles signos adversos como: hipotensión, o bradicardia.
- Posición antialgíca.
- Explicar al Sr. M. los factores responsables del dolor para disminuir su angustia ante el mismo.

FUNDAMENTACIÓN

- La sensibilidad de los tejidos del cuerpo, a los estímulos dolorosos es diferente.
- El dolor intenso puede trastornar los mecanismos de adaptación del cuerpo.
- Los sentidos del cuerpo que funcionan normalmente informan al individuo sobre los peligros del ambiente.
- La capacidad de una persona para protegerse se afecta por su estado sensorial, mental, emocional, de movilidad y comodidad.
- La percepción del dolor puede alterarse por algunos factores físicos y emocionales.

- El tiempo de acción de los fármacos depende de la velocidad de ingresos al torrente circulatorio, concentración efectiva y velocidad de eliminación.
- El contacto de algunos medicamentos con los tejidos pueden desencadenar reacciones inflamatorias, de intolerancia, anafilactoideas o tóxicas.
- La posición y estado emocional son factores que modifican la presión sanguínea.
- El control de los signos vitales permite la valoración del estado físico del paciente.
- La introducción de fármacos por vía endovenosa puede producir reacciones anafilactoideas rápidamente en individuos sensibilizados por reacción drástica y masiva antígeno-anticuerpo.

EVALUACIÓN

El Sr. M. presenta disminución del dolor después de media hora de haberse aplicado el analgésico.

10 .- NECESIDAD DE COMUNICARSE

Diagnóstico de Enfermería:

Deterioro de la comunicación verbal relacionado a alteración neuromuscular e intubación endotraqueal, manifestado por inmovilidad y dificultad para expresar las ideas.

OBJETIVO

Que el Sr. M. logre establecer una vía adecuada de comunicación con las personas en su entorno, en los días subsecuentes.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Establecer de común acuerdo con el paciente un código de señales como cierre y apertura ocular o movimientos de la cabeza para afirmar o negar ante preguntas sencillas..
- Utilizar un alfabeto e instar a que el paciente indique las letras que conforman el mensaje que quiere transmitir o bien emplear cuadros con mensajes completos más comunes.
- Explicar al Sr. M. la importancia de su participación para lograr recibir y transmitir la información que desea.
- Explicar al Sr. M. que no se le dejará solo.

FUNDAMENTACIÓN

- El proceso de comunicación y la relación interpersonal influyen directamente en la valoración del estado de salud del individuo.
- El proceso de comunicación incrementa una relación de ayuda.
- La comunicación asegura un alto grado de equilibrio psicológico.
- Mientras más confianza y prestigio inspira una persona, más probable será que los demás acepten su comunicación como válida sin alteraciones.
- Es más probable que se reciba un mensaje si su contenido se desea o es satisfactorio personalmente o si llena las actitudes, ideas y creencias ya existentes.
- Un individuo con un nivel de educación más alto tiende a utilizar de manera más adecuada el material comunicativo escrito.
- La recepción y la interpretación de los mensajes están sujetos a los mismos procesos que la percepción.
- La interpretación de los símbolos comunicativos está limitada a los significados posibles que tenga de acuerdo con la experiencia del receptor a pesar de cualquier significado posible que esos símbolos puedan tener para otros.
- La comunicación está influida por la capacidad perceptiva y cognoscitiva del individuo (estado emocional actual, capacidad de integración, etc.).

EVALUACIÓN

El primer día el paciente se desesperaba ante el uso de los cuadros y alfabeto, pero ha ido mejorando con el transcurrir de los días, por lo tanto ha mejorado la comunicación que establece con el personal de salud y con su familia.

11 .- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Diagnóstico de Enfermería:

Sus creencias y valores son firmes y confía plenamente en que todo saldrá bien, se recomienda a familiares continúen fomentando sus creencias y valores.

12 .- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Diagnóstico de Enfermería:

El Sr. M. tiene satisfecha esta necesidad ya que cuenta con una incapacidad que cubre su sueldo integro.

13 .- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit de actividades recreativas relacionado con parálisis secundaria a síndrome de Guillain- Barré, manifestado por inmovilidad de las cuatro extremidades y tronco.

OBJETIVO

Concienciar al paciente para enfrentar los sentimientos de enojo o depresión producidos por cuadriplejía.

ACCIONES DE ENFERMERÍA:

- Estimular la motivación demostrando interés y fomentar la expresión de sentimientos y experiencias a través de símbolos ya establecidos.
- Ayudar a la persona a que reflexione sobre sus sentimientos de enojo y tristeza.
- Proporcionar libros en audio y música relajante.
- Instar a los familiares a leerle al Sr. M. (libros, periódico, revistas, etc.)

FUNDAMENTACIÓN

- La utilización de conocimientos científicos y la comprensión del comportamiento humano, influyen en la acción terapéutica.
- El estado de conciencia a través de sensaciones, percepciones, sentimientos, relaciona al individuo con el medio ambiente que le rodea.
- Toda forma de comportamiento humano está regida por motivaciones.
- Todo individuo es un miembro de una sociedad que tiene derechos, deberes, privilegios y libertades, asimismo, temores y necesidades personales que comúnmente se exacerban con la enfermedad.

14 .- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit de conocimiento para manejar su enfermedad relacionado a plasmaféresis, manifestado por facies de angustia y piel fría.

OBJETIVO

Que el Sr. M. conozca su enfermedad y hacerlo participe en su tratamiento dentro de lo posible.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Valorar capacidad de aprendizaje y definir método de enseñanza.
- Capacitar a los familiares en los cuidados relacionados a su padecimiento.
- Proporcionar instrucciones con respecto a, medicación, dieta, signos y síntomas de alarma.
- Cuando sea necesario solicitar a los familiares demostración de habilidades para el cuidado de su paciente.
- Orientar en relación a su patología y lo que implica el tratamiento a largo plazo.
- Informar sobre la importancia de acudir al médico en caso necesario.

FUNDAMENTACIÓN

- Para que el aprendizaje se realice es esencial la participación activa de quien aprende.
- El aprendizaje es más eficaz cuando se lleva a cabo en respuesta a una necesidad que siente quien aprende.
- El aprendizaje es más fácil si se comprenden los conceptos fundamentales en que se basa el material por aprender.
- El aprendizaje se facilita si el material por aprender se relaciona con lo que ya se sabe.
- La adquisición de conocimientos y capacidades permiten la comprensión de una relación de ayuda.

EVALUACIÓN

Todavía se le observa un tanto preocupado por su enfermedad pero al mismo tiempo un poco más animado.

NOTA:

NECESIDADES DE: USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS, VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES Y TRABAJAR Y REALIZARSE.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Debido a que estas necesidades las tiene cubiertas, es importante continuar con el cuidado para mantener el equilibrio de bienestar.

OBJETIVOS

Continuar cubriendo sus necesidades de usar prendas de vestir adecuadas, de vivir según sus creencias y valores, de trabajar y realizarse, por medio de la continuidad del cuidado.

Orientar con una serie de recomendaciones para su cuidado con referente a su enfermedad.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Fomentar una conducta de cuidado a través de la enseñanza.
- Estimular al Sr. M para que continúe manteniendo un bienestar óptimo.
- Continuar con los cuidados necesarios para satisfacer adecuadamente sus necesidades y así lograr su recuperación.

FUNDAMENTACIÓN

- La teoría del cuidado es una conducta aprendida que los individuos inician y llevan a cabo por sí mismos para conservar la vida, la salud y el bienestar.
- Hay tres clases de requisitos para el cuidado:
 - 1.- Requisitos universales, comunes a todo el mundo (aporte de aire, de agua, comida, eliminación, descanso, aislamiento, interacción social, prevención de peligros para la vida y el bienestar).
 - 2.- Los requisitos del desarrollo son los asociados a los factores que fomentan los procesos de desarrollo conocidos a lo largo del ciclo vital.
 - 3.- Los requisitos de la alteración de la salud aluden a los efectos y cambios de la estructura e integridad normales que influyen negativamente en la capacidad del individuo para cuidarse.

EVALUACIÓN

El Sr. M. a mostrado un gran interés en conocer a cerca de su cuidado y mejorar el estado de salud.

3.- PLAN DE ALTA

Cuando el paciente se ha recuperado de las complicaciones médicas y se nota un progresivo aumento de la fuerza muscular, ya no se requiere el tratamiento hospitalario. Comienza entonces la rehabilitación en una Clínica especializada en rehabilitación. Internado o bajo la modalidad de hospital de día, según su condición. Las posibilidades de recuperación son muy buenas.

El rol de la rehabilitación es ayudar al paciente a lograr el uso óptimo de los músculos en la medida que las señales de los nervios estén regresando a la normalidad. La fuerza suele regresar primero en las manos y en los brazos y más tarde en las piernas. Con frecuencia se observa que los pacientes diestros recuperan primero la fuerza en la mano izquierda y viceversa. Generalmente el paciente se recupera de arriba hacia abajo.

La rehabilitación la lleva a cabo un equipo interdisciplinario. Los miembros de este equipo son un médico fisiatra, un neurólogo, un clínico, un terapeuta físico, un fonoaudiólogo, un terapeuta ocupacional, un psicólogo y un asistente social. El especialista en medicina física y rehabilitación suele ser el coordinador del equipo.

DIETA

- Dar alimentos en papilla lentamente, cerciorándose que allá tragado todo el bocado, para evitar bronco-aspiración.
- Dar líquidos en tragos pequeños pero frecuentes.
- Contar con equipo de aspiración y enseñar su uso y mantenimiento a la familia.

HIGIENE

- Realizar baño diario de esponja.
- Afeitarlo.
- Mantener limpia, seca y lubricada la piel.
- Realizar cepillado de dientes, dando masaje a las encías.
- Ayudarlo a vestirse y desvestirse.
- Vestirlo con ropa cómoda y abrigadora si fuera necesario.

COMUNICACIÓN

- Motivarlo a seguir usando los dispositivos ya implementados para comunicarse e insistir en inicie hablar (Textos mas usuales ya escritos, el abrir y cerrar los ojos).
- Continuar leyéndole al Sr. M. y que escuche la música de su preferencia.

FÍSICO

- Mantener los arcos de movimiento en buenas condiciones, realizando ejercicios de rotación, flexión y extensión, tres veces al día durante 15 o 30 minutos.
- Cambiarlo de posición cada dos horas, dando masaje con algún aceite.

PSICOLÓGICO

- Dar apoyo emocional y concienciar al paciente y a su familia de seguir las indicaciones médicas al pie de la letra.
- Orientación sobre el proceso que se va a llevar desde el inicio de su rehabilitación hasta su total recuperación.
- Remitirlos a alguna fundación o asociación dedicada al síndrome de Guillain-Barré para que reciban información y apoyo.

MEDIDAS GENERALES

- Instruir al paciente y a sus familiares acerca de la enfermedad.
- Observar y avisar de inmediato si hay presencia de insuficiencia respiratoria. (cianosis peribucal o de lechos ungueales).
- Vigilar signos de alergia como rash, edema, prurito, dolor de cabeza, etc. Después de la ingesta de los medicamentos o alimentos.
- Acudir a urgencias en presencia de insuficiencia respiratoria severa.
- Asistir a sus consultas de control.
- Seguir el tratamiento adecuadamente sin suspenderlo.
- Contar con tanque de oxígeno y colocarle puntas nasales al paciente.
- Contar con aspirador y ventilador a la mano.
- Vigilar presencia de distensión abdominal, retención urinaria, hipotermia.
- Indicar que cada 8 días hay que llevarlo al doctor para cambio de sonda Foley, e indicarle como vaciar la bolsa colectora de orina.

CONCLUSIONES

A través de las intervenciones de enfermería dirigidas al paciente se evidenció una respuesta favorable en cuanto al déficit detectado, no obstante la patología que presenta el señor M. a pesar de ser un proceso agudo, implica una evolución y recuperación a largo plazo por lo que muchos aspectos importantes no podrán ser valorados sino hasta después de transcurrido un largo periodo de tiempo, sobre todo en lo relacionado a la parálisis que presenta y que a su vez influye significativamente en todos los demás ámbitos (alimentación actividad, comunicación con los demás y en sus expectativas a futuro).

Por otra parte, cabe mencionar que el paciente al inicio del tratamiento se mostró temeroso, angustiado con una incertidumbre sobre lo que tenía, actualmente se observa más tranquilo y cooperador con el equipo de salud que participa en su tratamiento, a pesar del poco tiempo en que se desarrollaron las intervenciones de enfermería (15 días). Ahora está consciente de su padecimiento y de que el periodo de recuperación puede ser lento y durante varios meses, ante esta situación el Sr. Mauricio ya se muestra más optimista sobre cual va ha ser el desenlace de su enfermedad.

La familia le reconoce el esfuerzo que realiza y lo apoya incondicionalmente durante este proceso de enfermedad, así como en el tratamiento y en la rehabilitación que va ha necesitar al ser dado de alta. Es una familia muy unidad y cooperadora al participar activamente en los cuidados a su paciente.

En relación a las intervenciones de enfermería, se considera que fueron adecuadas, pero que se les debe brindar continuidad para que en forma global puedan derivar en los mejores resultados para el paciente, para que se incorpore lo mas pronto posible a su vida cotidiana con el menor número de secuelas posibles o totalmente recuperado.

Ojala que en tiempos venideros se pudiera detectar, ¿Cuál es el agente causal del Síndrome de Guillain-Barré?, para crear medidas preventivas adecuadas, para poder erradicar completamente este Síndrome que puede cambiar totalmente la vida de un individuo y su familia.

El Proceso Atención de Enfermería, me sirvió para darme cuenta, que se cuenta con bases suficientes para hacer de la enfermería una verdadera profesión, que deberíamos transmitir a las siguientes generaciones, para mejorar día con día su aplicación dentro de las instituciones de salud, ya que no se esta llevando a cabo en todas las instituciones o no se esta dando un buen manejo.

El Proceso Atención de Enfermería como instrumento para proporcionar cuidados de enfermería es muy práctico y tiene una serie de ventajas favorables tanto para el personal de enfermería como para el usuario, mejorando totalmente la calidad de atención de enfermería.

Dentro de los obstáculos que se observaron para la realización de este Proceso Atención de Enfermería, es que el personal de enfermería es técnico y la mayoría desconoce el manejo de Modelos de Atención específicos que pudieran dar mayor agilidad al desempeño del mismo.

Es necesario motivar al personal de enfermería a superarse y a realizar su Licenciatura, Maestría y Doctorado, para tener metas en común en donde vamos a: aprender más para saber más y dar más de nosotras mismas a toda aquella persona que lo necesita, ya sea en la salud, la enfermedad o a bien morir.

BIBLIOGRAFÍA

Adams R. Víctor N. "*Principles of Neurology*". MC Graw-Hill Interamericana, quinta, 1993. p.p. 938.

Alvar Net, Salvador Benito. "*Ventilación Mecánica*". Editorial Doyma, S.A. Barcelona 1999. p.p. 300.

Anthony, G. A Thibodeau. "*Anatomía y Fisiología*". Editorial Interamericana. Decima edición. México, D.F. 1998. p.p. 725.

Beverly Witter Dugas. "*Tratado de Enfermería Práctica*". Editorial Interamericana, S.A. de C.V. cuarta edición, 1986. p.p. 793.

Brunner Y. Suddarth. "*Enfermera Médico Quirúrgica*". MC Graw-Hill Interamericana cuarta edición, México D.F. 1994. p.p.1132.

Colliere Marie Francois. "*Promover la Vida*". Editorial Interamericana MC. Grace, España. p.p. 325.

Fernández Ferrer Carmen. Et. Al. "*El Proceso de Atención de Enfermería*". Editorial Masson-Salvat, Primera edición, España 1993. p.p. 542

Guytón AC. "*Tratado de Fisiología Médica*". Editorial Interamericana, octava edición. 1992. p.p. 855

Herrera Carranza M. "*Medicina Crítica Práctica*". Iniciación a la ventilación mecánica puntos clave, editorial Edika Med. Auroch Barcelona, España 2000. p.p. 198.

Juall Carpenito Linda. "*Manual de Diagnósticos de Enfermería*". Editorial MC. Graw-Hill Interamericana, cuarta edición, España 1993. p.p. 637.

Kozier RN, NM Barbara. "*Fundamentos de Enfermería*". Concepto, Proceso y Práctica, MC Graw-Hill Interamericana CHA de C.V. quinta edición, 1999. p.p.856.

Loraine Blaxter, Christina H. "*Cómo se Hace una investigación*". Editorial Gedisa. p.p. 412.

Marriner Tomey Alligood. *“Modelos y Teorías en Enfermería”*. Mosby-Editorial Harcourt Brace, cuarta edición, España, 1998. p.p.649.

Namakforcosh. *“Metodología de la Investigación”*. Editorial Limusa, segunda edición, México, D.F. p.p. 326.

Nordmark-Rohweder. *“Bases científicas de la Enfermería”*. Ediciones Científicas la Presa. segunda edición. p.p. 712.

Phaneuf. Margot. *“La Planificación de los Cuidados Enfermeros”*. Editorial Mc. Graw-Hill, primera edición, México 1999. p.p. 281.

Prives. N. Lisenkou. V. Bushkovich. *“Anatomía Humana”*. Ediciones de Cultura Popular, S.A. Editorial MIR. Moscú. Tercera edición, 1978. p.p. 985

Reyes, Aristizábal, Leal, *“Neumología Pediátrica, Infección, Alergia y Enfermedad Respiratoria en el niño”*. Editorial Panamericana. Cuarta Edición, Bogotá D.C. Colombia, 2001. p.p. 905.

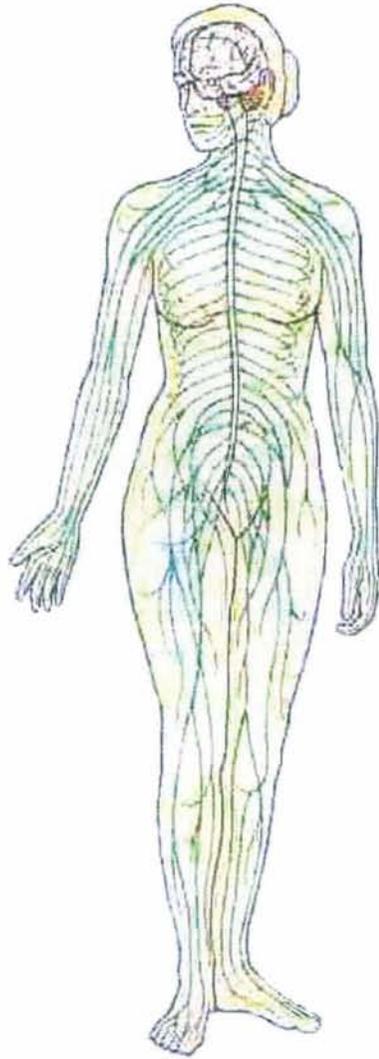
Rodríguez S. Berta. *“Proceso Enfermero”*. Ediciones Cuellar, segunda edición, Guadalajara, Jalisco, 2002. p.p. 276.

Rojas W. *“Inmunología”*. Editorial Mc. Graw Hill Interamericana, Decima edición, México D.F. 1995. p.p. 527.

Rosales Barrera Susana. *“Fundamentos de Enfermería”*. Editorial El Manual Moderno, octava edición, México D.F. 1991. p.p. 463.

Sosa Martínez José. *“Método Científico”*. Editorial Sitesa, primera edición, México. p.p. 228.

Ugalde Apaategui Mercedes. *“Diagnósticos de Enfermería”*. Taxonomía de la NANDA Masson, S.A. de C.V. Barcelona 2004. p.p. 125.



ANEXOS

ANEXO 1

GUIA DE VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

1. – OXIGENACIÓN

1. - ¿Siente que respira bien?
2. - ¿Tiene dolor cuándo respira?
3. - ¿Realiza actividades para mejorar o mantener su respiración? ¿Cuáles?
4. - ¿ Por algunas circunstancias inhala alguna sustancia? ¿Cuáles?
5. - ¿ Fuma?
6. - ¿ Desde cuándo fuma?
7. - ¿Cuántos cigarrillos al día?
8. - ¿Qué tipo de cigarrillos fuma?
9. - ¿ Convive con fumadores?
10. - ¿ Hace algo para evitarlo?
11. - ¿ Varía la cantidad según su estado emocional? ¿Cuándo?
12. - ¿ Padece de tos frecuente?
13. - ¿ De que tipo?
14. - Coloración de piel, lechos ungueales y peribucal.
15. - Circulación del retorno venoso.
16. - Estado de conciencia.

2. - NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

1. - ¿ Cuántos vasos de agua toma al día?
2. - ¿ El agua que consume es?
3. - ¿ Sabe usted que consecuencias origina el tomar agua no tratada?
4. - ¿ Sabe usted las consecuencias que originan el no tomar agua en cantidad suficiente?
5. - ¿ Toma otro tipo de líquido? ¿ Cuáles y Cuánto?
6. - ¿ Cuántas comidas realiza al día?

	TIPO DE ALIMENTOS	HORA HABITUAL
DESAYUNO		
COMIDA		
CENA		
OTROS		

7. - ¿ Dónde consume sus alimentos habitualmente?
8. - ¿ Come alimentos entre comidas? ¿ Cuáles?
9. - ¿ Tiene alergias o intolerancia a algún alimento?
10. - ¿ Tiene algún trastorno digestivo?
11. - ¿ Padece algún problema de la masticación o deglución?

OBSERVACIÓN

- Turgencia de la piel.
- Características de las mucosas.
- Características de uñas y cabello.
- Funcionamiento neuromuscular y esquelético.
- Aspecto de los dientes y encías.
- Heridas, tipo y tiempo de cicatrización.

3. - ELIMINACIÓN

1. - ¿ Cuántas veces orina en 24 hrs.?
2. - ¿ Qué características tiene?
3. - ¿ Cuántas veces evacua en 24 Hrs?
4. - ¿ Qué características presenta?
5. - ¿ Ha presentado sangrado en orina o en heces?
6. - ¿ Presenta dolor al orinar o defecar?
7. - ¿ Usa laxantes? ¿Cuál?
8. - ¿ Influyen sus emociones en la eliminación?

OBSERVACIONES

- Abdomen y características:
- Ruidos intestinales:

4. - MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

1. - ¿ Práctica algún deporte o ejercicio? ¿ De que tipo y frecuencia?
2. - ¿ Con qué finalidad lo práctica?
3. - ¿ Las actividades que desempeña en 24 hrs? le demandan un esfuerzo de tipo?
4. - ¿Cuál es su distracción favorita?
5. - ¿ Con qué frecuencia lo realiza?
6. - ¿ Sale de vacaciones? ¿ Cuántas veces al año?

7. - ¿ Cuántos días a la semana tiene de descanso?
8. - ¿ A qué los dedica?
9. - ¿ Cuántas horas trabaja al día?

OBSERVACIÓN

- Estado del sistema músculo esquelético (fuerza)
- Capacidad muscular tono, resistencia, flexibilidad.
- Necesita ayuda para la deambulaci3n.
- Presenta dolor con el movimiento.
- Presenta temblores.
- Estado de conciencia.
- Estado emocional.

5. - DESCANSO Y SUEÑO

Horas de sueño: Horario de sueño:
Horas de descanso: Horario de descanso:

1. - ¿ Padece insomnio?
2. - ¿ A qué se debe?
3. - ¿ Realiza alguna actividad y/o apoyo para conciliar el sueño? ¿Cuál?
4. - ¿ Se siente descansado al levantarse?

OBSERVACIÓN

- ¿ Hay presencia de ansiedad, estr3s o dislalia?
- ¿ Responde a est3mulos?

6. - USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

1. - ¿ Infiuye su estado de 3nimo para la selecci3n de sus prendas de vestir?
2. - ¿ Su autoestima es determinante en su modo de vestir?
3. - ¿ Sus creencias le impide vestirse como a usted le gustar3a?
4. - ¿ Necesita ayuda para la selecci3n de su vestuario?

OBSERVACIÓN

- ¿ Viste de acuerdo a su edad?
- ¿ Tiene la capacidad motora para vestirse y desvestirse por s3 solo?
- ¿ Su vestimenta es completa?
- ¿ En qu3 condiciones se encuentra?

7. - TERMORREGULACIÓN

1. - ¿ Se adapta a los cambios de temperatura? ¿ Se enferma?
2. - ¿ Práctica algún tipo de ejercicio y con qué frecuencia lo realiza?
3. - ¿Cuál es la temperatura ambiental que más le agrada?

OBSERVACIÓN

- Características de la piel:
- Condiciones del entorno físico:

8. - NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

1. - ¿ Cada cuándo se baña?
2. - ¿Cuál es el momento preferido para el baño?
3. - ¿ Con qué frecuencia se cambia la ropa?
4. - ¿ Cuántas veces al día se lava los dientes?
5. - ¿ Cuántas veces al día se lava las manos y en que momento lo realiza?
- 6.- ¿ Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?

OBSERVACIÓN

- Aspecto general:
- Olor corporal:
- Halitosis:
- Estado del cuero cabelludo:
- Lesiones dérmicas de que tipo:

9. - NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

1. - ¿ Qué miembros componen su familia?
2. - ¿ Cómo reacciona ante una situación de urgencia?
- 3.- ¿ Conoce medidas de prevención de accidentes en el hogar y el trabajo?
4. - ¿ Realiza controles periódicos de salud recomendados?
5. - ¿ Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida?

OBSERVACIONES

- Deformidades congénitas:
- Condiciones del ambiente en su hogar.
- Condiciones del ambiente en su trabajo.

10. - NECESIDAD DE COMUNICARSE

1. - ¿ Estado civil?
2. - ¿ Años de relación?
3. - ¿ Con quién vive?
4. - ¿ Padece de estrés?
5. - ¿ Qué persona o (s) le ayudan a manejarlo?
6. - ¿ Qué rol tiene en su familia?
7. - ¿ Comunica sus problemas debido a su enfermedad o estado?
8. - ¿ Cuánto tiempo pasa solo?
9. - ¿ Cómo considera que son sus relaciones con los demás?
10. - ¿ Cómo es su estado de ánimo y carácter con los demás?
11. - ¿ Siente miedo o temor por algún motivo?

11. - NECESIDAD DE VIVIR SUS CREENCIAS Y VALORES

- 1.- ¿ Qué religión práctica?
- 2.- ¿ Sus creencias religiosas le generan conflictos personales?
3. - ¿ Cuáles son los principales valores en su familia?
4. - ¿ Cuáles son los principales valores para usted?
5. - ¿ Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?

OBSERVACIONES

- ¿ Permite el contacto físico?
- ¿ Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?

12. - TRABAJAR Y REALIZARSE

1. - ¿ Trabaja actualmente?
2. - ¿ Qué tipo de trabajo desempeña?
3. - ¿ Cuánto tiempo le dedica al trabajo?
4. - ¿ Está satisfecho con su trabajo?
5. - ¿ Tiene riesgos de sufrir lesiones en su trabajo y de que tipo?
6. - ¿ Sé renumeración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?
7. - ¿ Está satisfecho con el rol familiar que juega?
8. - ¿ Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de sus necesidades?

13. - JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

1. - ¿ Existen recursos en su comunidad para la recreación?
2. - ¿ Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?

14. - APRENDIZAJE

1. - ¿ Qué estudios ha realizado?
2. - ¿ Puede leer y escribir?
3. - ¿ Ha tenido dificultad en aprender cosas nuevas?
4. - ¿ Cómo le resulta más fácil aprender (leyendo, aprendiendo, observando)?
5. - ¿ Tiene conocimiento sobre sí mismo?
6. - ¿ Domina algún otro idioma?
7. - ¿ Tiene problemas para comunicarse con los demás?

ANEXO 2

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
1.- OXIGENACIÓN	I _____ PD _____ D _____	
2.- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	I _____ PD _____ D _____	
3.- ELIMINACIÓN	I _____ PD _____ D _____	
4.- MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA	I _____ PD _____ D _____	
5.- DESCANSO Y SUEÑO	I _____ PD _____ D _____	
6.- USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	I _____ PD _____ D _____	
7.- TERMORREGULACIÓN	I _____ PD _____ D _____	
8.- HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	I _____ PD _____ D _____	
9.- EVITAR PELIGROS	I _____ PD _____ D _____	

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
10.- COMUNICARSE	I _____ PD _____ D _____	
11.- VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES	I _____ PD _____ D _____	
12.- TRABAJAR Y REALIZARSE	I _____ PD _____ D _____	
13.- JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	I _____ PD _____ D _____	
14.- APRENDIZAJE	I _____ PD _____ D _____	