

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UNA PERSONA
CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ
BASADO EN EL MODELO DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA
HENDERSON.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

RICARDO ALEJANDRO DOMÍNGUEZ MEDINA

CON LA ASESORIA DE LA
LIC.ENF. VERÓNICA BALCÁZAR MARTÍNEZ

MÉXICO D.F.

AGOSTO 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



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.

AGRADECIMIENTOS

A la Lic. Verónica Balcázar Martínez y a la MASS. Silvia Alejandro por la asesoría brindada para la elaboración de este trabajo que hizo posible culminar este proceso de atención de enfermería exitosamente.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, por todas las enseñanzas recibidas en la formación como Licenciado en Enfermería y Obstetricia, mediante el aprendizaje obtenido de sus excelentes maestros.

Al Instituto nacional de Neurología, Neurocirugía y Neuropsiquiatría de la Secretaria de Salud por haberme brindado la oportunidad de ser sede de mi servicio social para beneficio de los pacientes con Síndrome de Guillain Barré.

DEDICATORIAS

A mis padres: Albina Medina Ortega y Guillermo Quintana Galindo, quienes han sembrado en mí el camino de la superación profesional cada día y a quienes debo lo que soy.

A mis hermanas: Nayeli y Abigail Quintana Medina, por todo su apoyo incondicional recibido, ya que gracias a su amor y comprensión he podido culminar esta meta profesional.

A mis abuelos: Rosa Ortega Pérez y Medina Rosiles José Luis y a mi gran amiga Diana Gil Gil, por su ayuda y apoyo en todos los momentos difíciles de mi vida personal y profesional.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.	1
1. <u>FUNDAMENTACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</u>	
1.1 Justificación del Proceso de Atención de Enfermería.	3
1.2 OBJETIVOS	
1.2.1 General.	4
1.2.2 Específicos.	4
2. <u>MARCO TEÓRICO</u>	
2.1 Conceptualización de Enfermería.	5
2.2 Modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson.	7
2.3 El Proceso de Atención de Enfermería.	9
2.4 Descripción de la patología.	15
2.4.1 Concepto básico	
- De Guillain Barré.	15
2.4.2 Epidemiología	
- A nivel mundial.	16
- En México.	16
2.4.2 Etiología.	17
2.4.3 Fisiopatología del Síndrome de Guillain Barré.	18
2.4.4 Manifestaciones clínicas del Síndrome de Guillain Barré.	18
- Fase aguda.	20

- Fase de estabilización.	20
- Fase de recuperación.	20
2.4.5 Diagnóstico	
- De laboratorio	
• Estudio de líquido cefalorraquídeo.	21
• Estudio serológico.	21
- De gabinete.	
• Estudio de velocidad de conducción nerviosa y electromiografía.	22
2.4.6 Tratamiento del Síndrome de Guillain Barré.	22
2.4.7 Pronóstico del Síndrome de Guillain Barré.	24
3. <u>METODOLOGÍA.</u>	
3.1 Selección del caso.	25
3.2 Antecedentes generales de la persona.	26
3.3 Presentación del caso.	28
4. <u>APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</u>	
4.1 Valoración de Enfermería.	29
4.1.1 Jerarquización de las necesidades.	32
4.2 Diagnósticos de Enfermería.	33
4.3 Planeación de los cuidados.	36
4.3.1 Necesidad de oxigenación.	36
4.3.2 Necesidad de alimentación.	39
4.3.3 Necesidad de mantener una adecuada movilidad y postura.	42

4.3.4	Necesidad de mantener una adecuada higiene e integridad de la piel.	45
4.3.5	Necesidad de evitar peligros.	47
4.4	Ejecución y evaluación de las intervenciones.	49
4.5	Plan de alta.	54
5.	<u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	
5.1	Conclusiones.	59
5.2	Recomendaciones.	60
6.	<u>ANEXOS</u>	61
7.	<u>GLOSARIO DE TÉRMINOS</u>	83
8.	<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	86

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pag
Anexo No.1: PRINCIPALES ZONAS DE RIESGO PARA LA APARICIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN.	62
Anexo No.2: ESCALA DE DANIELS PARA LA VALORACIÓN DE LA FUERZA MUSCULAR.	63
Anexo No.3: PLAN DE EJERCICIOS PARA EL PACIENTE CON SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ.	64
Anexo No.4: ESCALA FUNCIONAL DE HUGES PARA EL PACIENTE CON SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ.	65
Anexo No.5: ESCALA DE NORTON PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN.	66
Anexo No.6: INSTRUMENTO DE VALORACIÓN.	67
Anexo No 7: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.	81

INTRODUCCIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método que ayuda a los profesionales a emplear sus conocimientos, solucionar problemas, desarrollar su creatividad y tener presente el aspecto humano de su profesión. Tiene como objetivo proporcionar cuidados de enfermería individualizados y permitir la interacción con la persona de cuidado en forma holística, es decir, en sus dimensiones biopsicosocial-cultural y espiritual.

Se aplicó este PAE en el Instituto Nacional de Neurología, Neurocirugía y Neuropsiquiatría acorde al enfoque metodológico enfermero, empleando la teoría del Virginia Henderson y sus 14 necesidades, dirigido a un paciente masculino con diagnóstico de Síndrome Guillain Barré (SGB).

Para realizar este trabajo se ha desarrollado en capítulos que a continuación se presentan:

En el primer capítulo se da a conocer la fundamentación de la realización del PAE en el paciente con Síndrome Guillain Barre, que incluye los siguientes apartados justificación y objetivo general y objetivos específicos.

En el segundo capítulo se ubica el Marco teórico de la patología SGB a partir del estudio y análisis de la información empírica primaria y secundaria, de los autores más connotados que tienen que ver con las medidas de atención de enfermería en pacientes neurológicos con el padecimiento de SGB. Esto significa que el apoyo del Marco teórico ha sido invaluable para recabar la información necesaria que apoyan el logro de los objetivos de este trabajo.

En el tercero se muestra la Metodología empleada para llevar a cabo las Intervenciones de enfermería en pacientes con SGB, la selección y descripción del caso y antecedentes generales de la persona así como la presentación del caso.

En el cuarto capítulo se muestra la aplicación del proceso de atención de enfermería siguiendo sistemáticamente las etapas del mismo y su desarrollo con la persona. Se incluye la valoración, diagnósticos de Enfermería, la planeación de los cuidados con su ejecución y evaluación de resultados manifestados por el paciente, así como el plan de alta.

Finaliza esta tesina con las conclusiones y recomendaciones, los anexos y apéndices, el glosario de términos y las referencias bibliográficas que están ubicadas en los capítulos: cuarto, quinto, sexto y séptimo.

La finalidad de este trabajo es que el profesional de enfermería conozca y habilite para brindar cuidados de enfermería de calidad e identificar los factores de riesgo que ayuden al paciente a su pronta recuperación o a mantener su estado de salud-enfermedad no sólo en el aspecto biológico, sino también en el aspecto psicosocial y espiritual, con el fin de prevenir complicaciones secundarias.

Los aspectos teóricos están en proceso de desarrollo y perfeccionamiento, por dichas razones, la investigación es el puente que une la teoría con la práctica y en donde la búsqueda del conocimiento es la base para formar el juicio y fundamento de las acciones de enfermería.

Es de esperarse que al culminar este trabajo, se puede contar de manera clara con un instrumento de apoyo en la aplicación de las intervenciones del licenciado en Enfermería en beneficio de los pacientes adultos en estado crítico con afecciones neurológicas como en el Síndrome de Guillain Barre, para proporcionar una atención de calidad.

JUSTIFICACIÓN

El presente proceso de atención de enfermería se justifica porque la patología de las pacientes con Síndrome de Guillain Barré, se está convirtiendo en una de las principales causas de morbilidad en nuestro país, con mayor riesgo para la población adulta; siendo los procesos infecciosos los factores más relacionados con dicha patología. Por ello, el aspecto preventivo es una forma de evitar que las pacientes lleguen a esta patología en alguna etapa de su vida.

Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia saben que llevar un control adecuado de aquellos factores de riesgo, una dieta adecuada y un sistema inmunológico saludable, se puede prevenir el Síndrome de Guillain Barre. Por ello en este PAE es necesario sentar las bases de lo que los Licenciados en Enfermería y Obstetricia deben realizar con el fin de proponer diversas acciones para la disminución de la morbimortalidad en el adulto.

Cabe destacar que el motivo por la cual elaboré este proceso, es contribuir para que la enfermería neurológica mantenga bases que permitan brindar cuidados de calidad al paciente y así mismo desarrollar y plasmar los cuidados que se brindan a situaciones presentes en el paciente con este Síndrome sin olvidar a aquellas que pueden deteriorar más la vida.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

Realizar un plan de intervenciones dirigido a satisfacer las necesidades alteradas de la persona con síndrome de Guillain Barré de forma oportuna con la finalidad de limitar el daño.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar, Jerarquizar y/o priorizar las principales necesidades afectadas con el fin de satisfacerlas.
- Elaborar un plan de cuidados individualizado haciendo participe al paciente y a la familia.
- Orientar a la persona y su familia para que lleven a cabo acciones que permitan mejorar su calidad de vida, en el domicilio.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Conceptualización de Enfermería

Diversos autores desde ya hace mucho tiempo atrás han expuesto sus propuestas sobre un concepto de lo que es la Enfermería, Centrándonos en el concepto de enfermería de acuerdo al Metaparadigma de Florence Nightingale, nos dice que la Enfermería “Se ha limitado a significar un poco más que la administración de medicamentos y la aplicación de cataplasmas. Pero debería significar el uso apropiado del aire, de la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad y la selección de la dieta y su administración, y con el menor gasto de energía por el paciente”.¹

Fawcett en 1996 a través de lo que denomina "Estructura del conocimiento", organiza diversas ideas globales sobre lo que se entiende por enfermería donde sitúa al Metaparadigma, filosofías, modelos conceptuales y teorías. Situando al Metaparadigma como los conceptos globales del fenómeno de interés de la disciplina; Persona, Salud, entorno y enfermería, los cuales han sido conceptualizados de manera diferente por distintas teóricas para dar lugar a la generación de modelos conceptuales.²

¹ Nightingale F. Notas de Enfermería, qué es y qué no es. 4ª ed. Madrid: Masson; 1990.

² Hernández J. Historia de la Enfermería: Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería. 3ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1995.

Por otro lado Virginia Henderson nos dice que la Enfermería es la asistencia temporal a una persona que carece de la capacidad, fortaleza o conocimientos para realizar alguna de las 14 necesidades básicas, hasta que esa persona pueda volver a realizarlas de manera independiente. Los cuidados de enfermería irían dirigidos a recuperar esa independencia.³

Así mismo de acuerdo la teoría de Virginia Henderson teórica en la cual está basado este trabajo nos dice que

- La salud: definida a partir de la capacidad del individuo de realizar por si sólo y sin ayuda las 14 necesidades básicas; la salud es el máximo grado de independencia, teniendo la mejor calidad de vida. La salud por lo tanto es una calidad y cualidad de vida necesaria para el funcionamiento del ser humano ya sea a nivel biológico (satisfacciones) y a nivel fisiológico (emocional). La salud es la independencia.⁴
- Entorno: todas las condiciones externas que influían en el equilibrio y buen funcionamiento del ser humano. Es el lugar donde la persona aprende su patrón vital.⁵
- Persona: hace dos definiciones:
 1. Es un ser *bio-psico-social*, es decir, la persona además de ser una estructura biológica, posee una psicológica y también se relaciona; y esto es lo que la define como ser integral. .
 2. El paciente es el ser bio-psico-social al que se le ayuda para que logre su independencia; la mente y el cuerpo son inseparables; el paciente y la familia forman una unidad.⁶

³ Fernández F. De la teoría a la práctica: El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2ªed. México: Masson; 2000.

⁴ Id

⁵ Id,

2.2 Modelo de las 14 Necesidades de Virginia Henderson.

De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial. El entorno, aunque no está claramente definido, aparece en sus escritos como el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo. Inicialmente hablaba de algo estático, sin embargo en los escritos más recientes (Henderson, 1985) habla de la naturaleza dinámica del entorno.⁷

También para Virginia Henderson el rol profesional es un servicio de ayuda y se orienta a suplir su autonomía o a completar lo que le falta mediante el desarrollo de fuerza, conocimiento o voluntad, así como ayudarle a morir dignamente. La salud es una cualidad de la vida, es básica para el funcionamiento del ser humano. La salud requiere independencia de la persona para satisfacer las necesidades básicas. El fomento de la salud es más importante que el cuidado de la enfermedad.⁸

Las necesidades humanas

Aunque no esté claramente especificado en los escritos de V. Henderson, se deduce que para ella el concepto de necesidad no presenta el significado de carencia, sino de requisito. Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos, espirituales y de enseñanza.

⁶ id

⁷ Hernández J. Op.Cit.p.5

⁸ Fernández F. Op. Cit. p 6.

Las 14 necesidades de acuerdo a Virginia Henderson

1. Respiración
2. Alimentación.
3. Eliminación
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.
9. Seguridad
10. Comunicación
11. Creencias y valores.
12. Autorrealización.
13. Ocio, actividades recreativas.
14. Aprender⁹

Todas las necesidades adquieren un pleno significado cuando son abordadas desde su doble vertiente de universalidad y especificidad. Universalidad en tanto que son comunes y esenciales para todos los seres humanos, y especificidad, porque se manifiesta de manera distinta en cada persona.¹⁰

2.3 Proceso de Atención de Enfermería

El proceso de Enfermería o proceso de atención de Enfermería (PAE) es un conjunto de acciones intencionadas, en las cuales el profesional de enfermería apoyado en modelos y teorías realiza en un orden específico, con el fin de

⁹ Id

¹⁰ Id.

asegurar que la persona reciba cuidados de calidad. Es un método sistémico y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo a las necesidades de cada persona o grupo de personas que responden de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud.¹¹

El PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- VALORACIÓN: Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que proporciona atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.¹²

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde se identifican:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, se debe considerar:

¹¹ Atkinson L, Murray M. Proceso de Atención de Enfermería. 2ª ed. México: El Manual Moderno; 1983.

¹² Lefevre Alfaro. Aplicación del proceso enfermero. 3ª ed. Madrid: Masson; 2008.

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
 - Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
 - Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
 - Obtención de nuevos datos que informen del estado de salud del paciente.¹³
- **DIAGNÓSTICO:** El diagnóstico enfermero o diagnóstico de Enfermería, es un juicio sintético de las respuestas humanas del individuo, familia o comunidad que requieren cuidados en la prevención, mantenimiento y mejora de la salud o el fin de la vida. Su objetivo es identificar el estado de salud los problemas relativos al cuidado.

La creación de un diagnóstico de Enfermería pasa por una serie de etapas:

- Recolección de datos: recogida de datos estadísticos relevantes para elaborar un diagnóstico.
- Detección de señales/patrones: cambios en el estado físico (p. ej., gasto urinario disminuido).
- Establecimiento de hipótesis: alternativas posibles que podrían haber causado señales o patrones previos.
- Validación: pasos necesarios para eliminar otras hipótesis, y para simplificar en un solo problema
- Diagnóstico: decisión sobre el problema basado en la validación. Pueden ser de riesgo, reales y de salud.¹⁴

¹³ Id.

¹⁴ Jhonson M, Bulechek G. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.

- PLANIFICACIÓN: En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo los cuidados de enfermería, que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.¹⁵

Etapas en el Plan de Cuidados

- Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que puede presentar el paciente.
- Planteamiento de los objetivos de la persona con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.¹⁶
- Elaboración de las intervenciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos. Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas para hacer realidad los objetivos.¹⁷
- EJECUCIÓN: En esta etapa se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

¹⁵ Lefevre Alfaro. Op.Cit.p9.

¹⁶ Id

¹⁷ Id

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
 - Realizar las actividades de enfermería.
 - Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
 - Dar los informes verbales de enfermería,
 - Mantener el plan de cuidados actualizado.¹⁸
- EVALUACIÓN: La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.¹⁹

¹⁸ Id

¹⁹ Id.

Las características del PAE son:

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermera en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades y sus facetas pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica. El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.²⁰

²⁰ Atkinson L. Op. Cit. p 9

2.4 DESCRIPCIÓN DE LA PATOLOGÍA

2.4.1 Conceptos básicos

- De Síndrome de Guillain Barré

Para Simons el síndrome de Guillain Barré es una forma de polineuritis aguda, rápidamente progresiva y potencialmente fatal. Afecta al sistema nervioso periférico y da lugar a la pérdida de la mielina ocasionando edema e inflamación de los nervios afectados, produciendo una pérdida de la transmisión a la periferia.²¹

Para Telleria el síndrome de Guillain–Barré es una polirradiculoneuropatía inflamatoria desmielinizante aguda de origen autoinmune, caracterizada por un déficit motor simétrico progresivo, ascendente, e hiporreflexia o arreflexia generalizada; en su forma clásica se acompaña de síntomas sensitivos, de afectación de los nervios craneales y de trastornos disautonómicos.²²

Por su parte Ayres nos dice que es un trastorno desmielinizante inflamatorio agudo del sistema nervioso periférico, que se caracteriza por un inicio agudo de parálisis motora (normalmente ascendente).²³

²¹ Simons P. Neurología Clínica. 7ª ed. México: Mc Graw Hill; 2010.

²²Telleria A. Síndrome de Guillain Barré.2ª ed. Colombia: Neurology; 2002

²³ Ayres S y cols. Tratado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. 3 ed. Madrid: Médica Panamericana SA; 1996.

2.4.2 Epidemiología del Síndrome de Guillain Barré

- A nivel mundial

El síndrome de Guillain-Barré tiene una distribución mundial y no tiene variaciones importantes a nivel geográfico. Se ha descrito que su incidencia puede estar afectada por las estaciones del año. La incidencia anual del síndrome de Guillain-Barré a nivel mundial se estima que actualmente va de 0.6 a cuatro casos por cada 100,000 habitantes.²⁴

- En México

En México, entre el año 2000 y 2008, la incidencia de parálisis flácida aguda reportada ha sido de alrededor de cuatro casos por millón de habitantes. La presentación puede ser en cualquier edad con picos en adultos jóvenes y adultos mayores (patrón bimodal) pero se reconoce que su incidencia aumenta con la edad y aunque puede afectar ambos sexos, el síndrome de Guillain-Barré es más frecuente en el sexo masculino. La mortalidad es del 8% con una discapacidad permanente de un 20%. En el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INNN), se atienden cada año entre 27 y 32 personas afectadas por este síndrome.²⁵

²⁴ SCIELO. Síndrome de Guillain-Barré en el anciano: un estudio retrospectivo Archivos de Neurociencias. En internet: http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-470520040006000003&lng=es&nrm=iso. México, 2010. 10pp. Consultado el día 20 de Marzo de 2013

²⁵ Id.

2.4.3 Etiología del Síndrome de Guillain Barré

La etiología de este trastorno no se conoce, pero se cree que se trata de una reacción inmunológica de mecanismo celular que se dirige contra los nervios periféricos. En dos terceras partes de los casos, los síntomas van precedidos de algún evento antecedente potencialmente identificable principalmente procesos infecciosos por los siguientes agentes:

- *Campylobacter Jejuni* es el microorganismo que se ha asociado con más frecuencia al Guillain Barré. Se considera que la gastroenteritis por *C. Jejuni* precede al Síndrome de Guillain Barré en alrededor del 20 al 50% de los casos.
- *Citomegalovirus*: relacionado con 5 a 22%
- *Haemophilus Influenzae*: relacionado con 2 a 13% de los casos.
- Virus de Epstein Barr con el 10%
- *Mycoplasma Pneurmoniae* con 5%
- Hepatitis A, B C y D así como fiebre tifoidea con el 5%.²⁶

²⁶ Farreras V. Medicina Interna. 14a ed. Madrid: Harcourt SA; 2000.

2.5 Fisiopatología del síndrome de Guillain Barré

El proceso fisiopatológico del Síndrome de Guillain Barré es la destrucción de las vainas de mielina que recubren los axones de los nervios periféricos. Se piensa que la desmielinización es consecuencia de una respuesta inmunitaria, tanto humoral como celular. Se cree que estos estímulos producen una alteración del sistema inmune que da lugar a la sensibilización de los linfocitos T del paciente frente a la mielina, y finalmente, al daño de la mielina.²⁷

Se produce una desmielinización, y la transmisión de los impulsos se bloquea total o parcialmente. Los músculos inervados por los nervios periféricos afectados sufren atrofia y denervación. En la fase de recuperación, se produce una remielinización lenta y la función neurológica se normaliza en un patrón que va de proximal a distal.²⁸

2.6 Manifestaciones clínicas del Síndrome de Guillain Barré

El síndrome de Guillain Barré (SGB) es una patología heterogénea con síntomas que van desde leves hasta graves²⁹. Los síntomas del SGB se suele producir entre 1 y 3 semanas posteriores a una infección respiratoria superior o de una infección gastrointestinal (GI).³⁰

²⁷ Id.

²⁸ Telleria A. Op. Cit.p.15.

²⁹ Ayres S, Holbrook P. Op.Cit.p.15.

³⁰ SCIELO. Plasmaféresis en el Síndrome de Guillain-Barré. En internet: http://scielomx.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S001638132002000600004&lng=es&nrm=iso. México, 2009, 22pp. Consultado el día 24 de Mayo de 2013.

Las características clínicas comunes del síndrome de Guillain-Barré que pueden encontrarse a la exploración física son:³¹

DISFUNCIÓN MOTORA	DISFUNCIÓN SENSITIVA.	DISFUNCIÓN AUTONÓMICA
<ul style="list-style-type: none"> • Debilidad simétrica de extremidades: proximal, distal o global. • Debilidad de músculos del cuello. • Debilidad de músculos de la respiración. • Parálisis de nervios craneales III-VII, IX-XII • Arreflexia • Fatiga de músculos de extremidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida distal del sentido de posición, de vibración, de tacto y de dolor • Ataxia 	<ul style="list-style-type: none"> • Taquicardia o bradicardia sinusales • Otras taqui- o bradiarritmias. • Hipertensión o hipotensión postural • Grandes fluctuaciones del pulso y la presión arterial • Pupilas tónicas • Hipersalivación • Anhidrosis o diaforesis • Tono vasomotor anormal; ingurgitación venosa y rubor facial

³¹ Peterson P. Neurología y Neurocirugía. 2ª ed. México: Prado; 2000.

Las manifestaciones clínicas del síndrome de Guillain Barre se dividen en tres fases:

- Fase Aguda
 - Aparición de los primeros síntomas y afección del sistema nervioso autónomo, manifestado con bradicardia, sudoración, variación de la presión arterial (hipotensión notable).
 - Puede durar hasta 2 semanas.

- Fase de estabilización o de meseta.
 - Se produce de 2 a 3 semanas después del inicio.
 - Señala en final de los cambios de la enfermedad; se caracteriza por la “estabilización” de los síntomas.
 - Generalmente las funciones autónomas inestables se estabilizan.

- Fase de recuperación.
 - Puede durar desde 2 meses hasta 2 años.
 - Se caracteriza por una mejoría de los síntomas
 - Generalmente se recupera la fuerza y la función muscular en orden descendente.³²

Los síntomas y signos en el síndrome de Guillain-Barré alcanzan un máximo alrededor de los 12 días de evolución; 98% de los casos ya han alcanzado una meseta a los 28 días, tiempo promedio en que inicia la mejoría, y se recuperan a los 200 días.³³

³² Ferreras V. Op. Cit. p. 17.

³³ Telleria A. Op. Cit. p. 15.

2.7 Diagnóstico del Síndrome de Guillain Barré

El diagnóstico del Síndrome de Guillain Barré se realiza después de una anamnesis y la exploración física completa, tomando en cuenta las manifestaciones y antecedentes de infecciones virales o bacterianas previas así como una exploración neurológica completa para diferenciar otras entidades cuya sintomatología sea similar a la del Guillain Barré.³⁴

- De laboratorio
 - Estudio de líquido cefalorraquídeo

Se realiza punción lumbar que muestra inicialmente bajo contenido de proteínas, pero a los 7 o 10 días muestra un valor de proteínas elevado de hasta 100-1000mg/dl (Proteína normal de 15 a 45mg/dl), con un recuento celular normal mejor conocido como disociación albumino- citológica.³⁵

- Estudios serológicos

En los exámenes de sangre de rutina es común encontrar VSG aumentada, hiponatremia (debido a una secreción inadecuada de la hormona antidiurética) y pruebas de función hepática levemente aumentadas.

³⁴ Ferreras V.Op.Cit.p.17.

³⁵ Id.

Se recomienda medir anticuerpos Antigangliósidos los cuales están frecuentemente presentes en el SGBS y se asocian con los factores desencadenantes, la variante de SGBS y la evolución a largo plazo.

El rol de los anticuerpos antigangliósido es desconocido. Los anticuerpos antigangliósido tipo 1 se encuentran en todos los subtipos de Síndrome de Guillain-Barre pero especialmente en casos con parálisis distal, formas motoras puras y en casos que siguen a una infección por *Campylobacter Jejuni*.³⁶

- De gabinete
 - Velocidad de conducción nerviosa y electromiografía

Los resultados de velocidad de conducción nerviosa (normal de 50-70 m/seg, y en las extremidades inferiores de 40-60 m/seg) en las que se encuentra enlentecida o totalmente bloqueada y el estudio de Electromiografía (Valores normales (30 a 50 microvoltios) con una duración entre 0,5 y 2 micro segundos y con una frecuencia de repetición entre 2 y 10 por segundo) lo que indica que el musculo tiene adecuada conducción del estímulo eléctrico a través del mismo, aunque en el caso del paciente con Síndrome de Guillain Barré este se ve afectado.³⁷

2.8 Tratamiento del Síndrome de Guillain Barré

El tratamiento del paciente con Guillain Barré tiene como objeto durante la fase aguda brindar los cuidados de soporte, especialmente el soporte respiratorio. La

³⁶ Simon P. Op.Cit.p 15.

³⁷ id

traqueotomía se realiza si se produce insuficiencia respiratoria y se deberá postergar si los síntomas de deficiencia respiratoria no mejoran dentro de las 2 primeras semanas.

Cuando la capacidad vital del paciente es de 8 a 10 mL/kg se puede desconectar del ventilador. (Hickey 2003). Puede estar indicado el marcapasos en caso de bradicardia.

Las principales medidas terapéuticas en el tratamiento del Guillain Barré incluyen Plasmaféresis y la administración intravenosa de inmunoglobulinas dosis de 400 mg/kg/d en las 2 primeras semanas. La Plasmaféresis consiste en el intercambio de plasma por albumina o por plasma fresco congelado, en el cual se extraen 50 ml/kg en días alternos hasta completar 5 sesiones.³⁸

Una alimentación complementaria del paciente inmovilizado durante un periodo prolongado es fundamental. Los objetivos del tratamiento son mantener un equilibrio de nitrógenos positivo, asegurar un consumo suficiente de líquidos y un equilibrio electrolítico, y garantizar la ingesta de calorías recomendadas. Cuando se presentan problemas de deglución, puede estar indicada la nutrición parenteral total (NPT), si es ineficaz la alimentación por sonda nasogástrica o de gastrostomía.³⁹

La fisioterapia es fundamental para la recuperación, los pacientes con Guillain Barré requieren normalmente asistencia de rehabilitación prolongada, que comienza durante la fase aguda y se centra en la prevención de las complicaciones y en la limitación de los efectos de la inmovilidad.⁴⁰

³⁸ Carbajal Ramírez Op. Cit. P

³⁹ id

⁴⁰ Id

Debido a la grave atrofia muscular y la pérdida del tono muscular se requiere que los pacientes aprendan de nuevo muchas funciones y habilidades, como caminar. Las afecciones de la función respiratoria pueden retrasar la rehabilitación física; una atención continua para controlar el dolor es esencial, porque la parestesia y el dolor pueden interferir en la fisioterapia.

En conclusión, la terapéutica del S.G.B. debe de ser multidisciplinaria abarcando desde las áreas críticas (urgencias y unidad de terapia intensiva), hasta la rehabilitación neurológica.⁴¹

2.9 Pronóstico del Síndrome de Guillain Barré

El pronóstico es peor en pacientes ancianos. En niños, la recuperación es rápida y completa, la muerte es excepcional. En adultos y niños, la severidad de la enfermedad y/o el requerimiento de apoyo mecánico ventilatorio, han sido identificados como factores pronósticos adversos.

Quienes presentaron un cuadro gastrointestinal previo o una infección por *Campylobacter Jejuni*, tienen una enfermedad más severa y mayor retardo en la recuperación, cuando se comparan con otros pacientes. El citomegalovirus también ha mostrado retardo en la fase de recuperación, la infección por virus de Epstein Bar se ha asociado con formas leves de este síndrome.⁴²

⁴¹ Grif Alspach. Cuidados intensivos en el adulto. 4ª ed. México: Interamericana; 1993.

⁴² Id.

3 METODOLOGÍA

3.1 Selección del caso

Universo: Persona con diagnóstico de Síndrome de Guillain Barré que desarrolla su vida cotidiana en zona urbana al norte de la Ciudad de México, no cuenta con derechohabencia a seguridad social se solicitó consentimiento informado a familiar con la aceptación del mismo para la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería.

Espacio: Área de hospitalización del servicio de Neurología del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Delegación Tlalpan, Distrito Federal.

Tiempo: se realizó entrevista directa para la obtención de los datos desde antecedentes hasta el padecimiento actual incluyendo la exploración con base en las necesidades de Virginia Henderson cubriendo la valoración del proceso de atención de enfermería. Posterior a esta valoración se realizó la corroboración de los datos con los familiares. En otras entrevistas durante los horarios de visita se trabajó con el paciente y familia durante dos meses.

Descripción: El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) aplicado se realizó con un instrumento basado en el modelo de las catorce necesidades de Virginia Henderson.

3.2 Antecedentes generales de la persona

Nombre: Enrique G.G.

Edad: 58 años.

Sexo: Masculino

Escolaridad: Licenciatura

Ocupación: Administrador de empresa

Religión: Católico.

- ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Abuela materna y tío paterno con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II

- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATÓLOGICOS

Vivienda urbano con todos los servicios intra y extra domiciliarios. Dieta abundante en carbohidratos y grasas, hábitos higiénicos personales irregulares. Convive con animales (perro y gato), alcoholismo y tabaquismo positivos desde los 17 años y refiriendo el suspender el consumo de tabaco hace 10 años y alcoholismo casualmente. Inmunizaciones desconocidas no reconoce que este inmunizado.

- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

- Apendicitis a los 20 años y fractura de clavícula derecha a los 22 años.
- Varicocele.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS Y TRAUMÁTICOS

- Apendicetomía y plastia inguinal
- Antecedentes alérgicos negados y transfusionales positivo.

- SIGNOS VITALES

- Tensión arterial: 149/94
- Frecuencia cardiaca: 90 x minuto
- Frecuencia respiratoria: 22 x minuto
- Glicemia capilar de: 89 mg/dl.

3.3 Presentación del caso

Inicio el día 4 de octubre del 2012 posterior a ingerir alimentos en vía pública, sensación de escalofrío, diaforesis y evacuaciones diarreicas, el día 7 de octubre del 2012 acude con un médico particular el cual le indica tratamiento con antibiótico Ciprofloxacino y Paracetamol notando leve mejoría .

El día 13 de octubre del 2013 presentó disminución de la fuerza muscular, de inicio distal en miembro torácico derecho y unas horas después en miembro pélvico izquierdo.

El día 15 de octubre acude al servicio de Urgencias del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) de donde es referido al servicio de urgencias de esta institución por presentar incapacidad para la deambulacion, parestesias en miembros pélvicos y referir cambios en el tono de la voz, niega disfagia procediendo al ingreso en el cual progresa el deterioro de la movilidad física por lo que es enviado al servicio la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y este aprueba el ingreso a su servicio.

El día 23 de Octubre del 2012 en el servicio de UTI presenta deterioro ventilatorio por lo que requiere de apoyo avanzado de la vía aérea, debido intubación prolongada ameritó colocación de traqueotomía el 1 de noviembre del 2012 sin complicaciones.

El día 4 de Diciembre del 2012 se decide su ingreso al servicio de Neurología (3er piso) por presentar mejoría de los síntomas.

4 APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

4.1 Valoración de Enfermería

La valoración fue realizada a la persona de 58 años de edad con diagnóstico de Síndrome de Guillain Barré.

1. Necesidad de oxigenación

Presenta problemas de oxigenación por manifestar periodos de desaturación de oxígeno del 60% por lo que necesita constantemente el nebulizador con una FiO_2 del 80%, además de abundantes secreciones que no permiten un adecuado intercambio de oxígeno a través de la traqueotomía, la frecuencia respiratoria se mantiene en 10 respiraciones por minuto con periodos cortos de apnea.

2. Necesidad de alimentación e hidratación

Su alimentación es deficiente ya que es a base de papillas que no cubren, el aporte de líquidos se hace con agua a libre demanda más solución fisiológica intravenosa. No presenta sonda nasogástrica, manifiesta continuar con disfagia.

3. Necesidad de eliminación.

Presenta problemas para evacuar desde su internamiento hospitalario. Ha presentado periodos de evacuaciones diarreicas y estreñimiento, este último desde hace 1 semana, ruidos peristálticos disminuidos, abdomen globoso doloroso a la palpación.

Presenta cateterismo vesical a derivación.

4. Necesidad de movimiento y mantener buena postura

Se encontraron alteraciones de movimiento y sensibilidad de extremidades pélvicas y torácicas. Actividad motora disminuida, no logra sostén cefálico, miembro torácico derecho 1/5, miembro torácico izquierdo 1/5, miembro pélvico izquierdo 1/5, miembro pélvico derecho 0/5

5. Necesidad de descanso y sueño

Presenta alteraciones, manifiesta periodos de insomnio sin poder conciliar el sueño hasta el amanecer.

6. Necesidad de vestido

Utiliza bata hospitalaria, manifiesta que no le agrada, en su hogar utiliza vestimentas de acuerdo a la ocasión pero además que le brinden comodidad.

7. Necesidad de termorregulación

No experimenta problemas por lo que se ha mantenido estable (normo térmico)

8. Necesidad de higiene.

Necesita asistencia en las actividades higiénicas desde el baño hasta el cepillado de dientes.

9. Necesidad de evitar peligros

No es capaz de evitar peligros de forma independiente, tiene alto riesgo de caídas, por lo que se mantienen los barandales de la cama arriba.

10. Necesidad de comunicación

Se comunica de forma correcta y comprensible.

11. Necesidad de creencias y valores

Manifiesta ser católico aunque no acude a ceremonias religiosas frecuentemente y menciona que su religión no la asocia a su enfermedad.

12. Necesidad de trabajo y realización

Esta necesidad la tiene cubierta en estado normal de salud, administra su empresa.

13. Necesidad recreación y juego

Solo lo hacía en su casa, actualmente no tiene formas de juego y recreación por lo que se siente aburrido, manifiesta que no tiene deseos de realizar actividades de recreación.

14. Necesidad de aprendizaje

En esta necesidad se tiene que el paciente desconoce cualquier tema sobre su patología, reconoce a la escuela como un proceso de superación.

4.1.1 Jerarquización de las necesidades

De acuerdo a la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson las necesidades identificadas posterior a la aplicación del instrumento así como la exploración física se pudo determinar que las necesidades más afectadas y que requieren de mayor cuidado son las siguientes:

1. Necesidad de Oxigenación
2. Necesidad de alimentación
3. Necesidad de mantener una adecuada Movilidad y Postura.
4. Mantener la higiene y la integridad de la piel.
5. Evitar peligros.

4.2 Diagnósticos de Enfermería

NECESIDAD AFECTADA	DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS				
OXIGENACIÓN	Deterioro de la respiración espontánea	r/c	disfunción de los músculos respiratorios	m/p	Uso frecuente de los músculos accesorios, disnea.
	Limpieza ineficaz de vías respiratoria	r/c	vía aérea artificial, disfunción neuromuscular	m/p	Abundantes secreciones, estertores, cambios en la frecuencia y ritmo respiratorios
	Riesgo de deterioro del intercambio gaseoso	r/c	Abundantes secreciones, desaturación de oxígeno.		

ALIMENTACIÓN	Deterioro de la deglución.	r/c	debilidad de los músculos requeridos para la masticación y/o deglución	m/p	atragantamientos, falta de masticación
	Riesgo de aspiración	r/c	deterioro de la deglución, depresión nervios craneales IX, X y XII		
	Desequilibrio de la nutrición	r/c	Alteración de los nervios craneales IX, X y XII	m/p.	Disfagia, Pérdida de peso corporal y masa muscular.
MANTENER UNA BUENA MOVILIDAD Y POSTURA	Deterioro de la movilidad física	r/c	deterioro neuromuscular, cuadriplejia	m/p	Dificultad para movilizarse por sí mismo y cambios en la marcha.
	Intolerancia a la actividad física	r/c	postración en cama	m/p	Fatiga, debilidad, disnea de esfuerzo.
	Riesgo de deterioro neuromuscular periférico	r/c	Cuadriplejia. Postración en cama.		

HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL	Déficit de autocuidado	r/c	plejia de extremidades superiores e inferiores	m/p	Incapacidad para realizar actividades de la vida diaria por sí mismo.
	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	r/c	Humedad, inmovilidad.		
EVITAR PELIGROS	Riesgo de caídas	r/c	disminución de la fuerza, dificultad para la marcha		
	Riesgo de infección	r/c	métodos invasivos		

4.3 Planeación de los cuidados

4.3.1 Necesidad de oxigenación

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	ACCIONES	JUSTIFICACIÓN
Deterioro de la respiración espontánea r/c disfunción de los músculos respiratorios m/p uso frecuente de los músculos accesorios, disnea.	Mantener un adecuado ritmo respiratorio	Colocar en posición semi Fowler para aliviar la disnea. Administrar oxígeno suplementario Vigilar la saturación de oxígeno y su eficacia con oxímetro de pulso y gasometría arterial.	La posición del paciente permitirá una mejor apertura de la vía aérea permitiendo una mejor ventilación La ministración de oxígeno mediante nebulizador continuo es un apoyo importante para disminuir el esfuerzo respiratorio. La vigilancia de la oximetría de pulso y la gasometría arterial permitirá identificar alteraciones en el intercambio gaseoso del paciente

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	ACCIONES	JUSTIFICACIÓN
<p>Limpieza ineficaz de vías respiratoria r/c vía aérea artificial, disfunción neuromuscular m/p abundantes secreciones, estertores, cambios en la frecuencia y ritmo respiratorios.</p>	<p>Mantener la vía aérea libre de secreciones</p>	<p>Aspiración de secreciones</p> <p>Vigilancia de las características de las secreciones.</p> <p>Realizar fisioterapia pulmonar. (palmo-percusión.</p> <p>Cuidados de traqueostomía para la eliminación de secreciones de la cánula.</p>	<p>La aspiración de secreciones bronquiales permitirá la apertura de la vía aérea.</p> <p>La fisioterapia pulmonar permite la movilización y expulsión de secreciones por vía aérea.</p> <p>Mantener una traqueostomía limpia evitara la aparición de infecciones en el estoma.</p>

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	ACCIONES	JUSTIFICACIÓN
<p>Riesgo de deterioro del intercambio gaseoso r/c abundantes secreciones, desaturación de oxígeno.</p>	<p>Conservar un aporte de oxígeno adecuado</p>	<p>Mantener un aporte de oxígeno constante.</p> <p>Aspiración de secreciones para liberar la vía aérea.</p> <p>Nebulizaciones con solución para humidificar la vía aérea y mejorar la expectoración de secreciones.</p> <p>Monitorización de la saturación de oxígeno.</p> <p>Gasometrías de control si es posible.</p>	<p>El oxígeno suplementario favorecerá la adecuada perfusión de oxígeno.</p> <p>La aspiración de secreciones permitirá la permeabilidad de la vía aérea.</p> <p>Las nebulizaciones con agentes mucolíticos favorecen la expulsión de las secreciones.</p> <p>Valorar gases arteriales permite identificar alteraciones del intercambio gaseoso en el paciente</p>

4.3.2 Necesidad de alimentación

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	ACCIONES	JUSTIFICACIÓN
<p>Deterioro de la deglución r/c debilidad de los músculos requeridos para la masticación y/o deglución m/p atragantamiento, tos, falta de masticación.</p>	<p>Mantener el aporte alimenticio adecuado al paciente.</p>	<p>Colocación de sonda nasogastrica.</p> <p>Brindar alimentación rica en nutrimentos e hidratación enteral por sonda.</p> <p>Utilizar suplementos alimenticios.</p>	<p>El sondaje nasogástrico permitirá mantener un acceso para brindar alimentación al paciente.</p> <p>Mantener el sondaje nasogástrico permite un aporte de alimentos y líquidos más completo.</p>

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	ACCIONES	JUSTIFICACIÓN
<p>Desequilibrio de la nutrición r/c alteración de los nervios craneales IX, X y XII m/p Disfagia, pérdida de peso y masa muscular.</p>	<p>Vigilancia del peso y de la ingesta de nutrientes.</p>	<p>Llevar un control antropométrico y nutricio del paciente.</p> <p>Alimentación especializada enteral por sonda</p> <p>Ministrar suplementos vitamínicos a la dieta.</p> <p>Ministración de vitamínicos intravenosos.</p>	<p>llevar el control nutricio del paciente permitirá identificar problemas potenciales que obstaculicen la rehabilitación .</p> <p>Los alimentos especializados son un aporte nutricio adecuado para el paciente con disfagia.</p> <p>Los suplementos alimenticios y vitamínicos complementan el aporte energético y calórico que requiere el paciente hospitalizado.</p>

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	ACCIONES	JUSTIFICACIÓN
<p>Riesgo de aspiración r/c deterioro de la deglución, depresión de los nervios craneales IX, X y XII</p>	<p>Prevención de broncoaspiración.</p>	<p>Colocar en posición de Fowler estricta</p> <p>Alimentación asistida y en pequeñas cantidades.</p> <p>Valorar vía oral posterior a la alimentación asegurando que se mantenga libre de residuos alimenticios</p>	<p>Dar posición al paciente previo a la asistencia en la alimentación disminuye el riesgo de presentar broncoaspiración por alimentos.</p> <p>La valoración de la vía oral posterior a cada alimentación asegurara que no quede residuos alimenticios que ocasione broncoaspiración</p>

4.3.3 Necesidad de mantener una adecuada movilidad y postura

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	ACCIONES	JUSTIFICACIÓN
<p>Deterioro de la movilidad física r/c deterioro neuromuscular, hemiplejia m/p dificultad para moverse por si mismo y cambios en la marcha.</p>	<p>Favorecer la recuperación de la movilidad con un plan terapéutico de ejercicios.</p>	<p>Asistencia en las actividades higiénicas</p> <p>Asistencia en la realización de ejercicios pasivos.</p> <p>Movilizar en cama cada 2 horas.</p> <p>Protección de prominencias óseas.</p>	<p>El cubrimiento de las actividades higiénicas contribuirá a evitar la aparición de lesiones en la piel o infecciones relacionadas con una mala higiene.</p> <p>La movilización en cama así como la realización de ejercicios permitan mantener un adecuado aporte sanguíneo en los puntos de presión (anexo No. 1) evitando la aparición de úlceras.</p>

DIAGNÒSTICO	OBJETIVO	ACCIONES	JUSTIFICACIÓN
<p>Imposibilidad para la actividad física r/c postración en cama m/p fatiga, debilidad, disnea de esfuerzo.</p>	<p>Mantener adecuada energía física.</p>	<p>Realización de actividades recreativas como lectura, música.</p> <p>Identificar actividades significativas</p> <p>Asistencia en las actividades de higiene</p>	<p>Realizar otras actividades de su preferencia permitirá al paciente mantenerse activo durante su hospitalización.</p> <p>Debido a la cuadriplejia el paciente con Guillain Barré requiere de asistencia en el baño y actividades higiénicas.</p>

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	ACCIONES	JUSTIFICACIÓN
<p>Riesgo de deterioro neuromuscular periférico r/c cuadriplejia.</p>	<p>Mantener integro el sistema neuromuscular de las extremidades afectadas.</p>	<p>Valorar llenado capilar y sensibilidad de las extremidades.</p> <p>Aplicar calor/frío.</p> <p>Aplicación de vendaje compresivo de miembros pélvicos para para mejorar circulación.</p> <p>Elevación de extremidades pelvicas.</p> <p>Terapia de ejercicios.</p>	<p>La adecuada valoración del llenado capilar ayudará en la identificación de problemas circulatorios de importancia.</p> <p>El vendaje compresivo favorece la circulación sistémica para el paciente encamado.</p>

4.3.4 Mantener higiene e integridad de la piel

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	ACCIONES	JUSTIFICACIÓN
<p>Déficit de autocuidado r/c plejia de extremidades superiores e inferiores m/p incapacidad para realizar actividades de la vida diaria por sí mismo.</p>	<p>Brindar asistencia en las actividades de autocuidado</p>	<p>Valorar la capacidad del paciente para realizar el baño y vestimenta</p> <p>Brindar baño de esponja o regadera de acuerdo a las condiciones del paciente</p> <p>Proporcionar asistencia en el rasurado del paciente</p> <p>Apoyar al paciente en higiene bucal</p> <p>Vestir al paciente</p>	<p>Una adecuada valoración de las capacidades del paciente ayudaran a prevenir accidentes.</p> <p>El baño puede ser utilizado como terapia relajante de músculos atrofiados,</p> <p>Una adecuada hidratación de la piel previene la aparición de lesiones.</p>

DIAGNÓSTICO	PLAN	ACCIONES	JUSTIFICACIÓN
<p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c humedad e inmovilidad.</p>	<p>Brindar protección de la piel evitando la aparición de lesiones.</p>	<p>Proporcionar una adecuada higiene e hidratación de la piel.</p> <p>Cambio de pañal evitando la acumulación de humedad.</p> <p>Protección de prominencias Oseas.</p> <p>Masaje en zonas proclives a úlceras</p> <p>Cambios posturales evitando úlceras por presión</p>	<p>Hidratar la piel correctamente previene lesiones.</p> <p>La acumulación de humedad en genitales favorece la aparición de agentes micóticos.</p> <p>La adecuada circulación impide la formación de úlceras por decúbito</p> <p>La protección de prominencias Oseas y cambios posturales evitan la aparición de úlceras por presión</p>

4.3.5 Necesidad de evitar peligros

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	ACCIONES	JUSTIFICACIÓN
<p>Riesgo de caídas r/c disminución de la fuerza, dificultad para la marcha.</p>	<p>Prevención de caídas.</p>	<p>Mantener barandales en alto</p> <p>Colocar la cama mecánica en la posición más baja</p> <p>Mantener estrecha vigilancia Familiar- Profesional de la Salud.</p>	<p>. Los barandales y otras medidas de protección ayudaran para que el paciente no sufrá una caída o lesión.</p> <p>Colocar la cama en la posición más baja permitirá evitar la caída a gran altura si esta sucediera.</p>

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	ACCIONES	JUSTIFICACIÓN
<p>Riesgo de infección r/c métodos invasivos.</p>	<p>Prevención de aparición de infecciones relacionadas con la atención médica.</p>	<p>Realizar técnicas asépticas</p> <p>Curación y cuidados de sondas y catéteres.</p> <p>Cuidados de traqueostomía.</p> <p>Valorar aparición de hipertermia.</p> <p>Lavado de manos antes y después de contacto con el paciente y sus objetos.</p>	<p>El lavado de manos uso de guantes y reglas de asepsia permitirán mantener a la persona con menos riesgo de presentar una infección.</p> <p>Valorar datos de hipertermia indicador de casos infecciosos.</p>

5 Ejecución y Evaluación de las Necesidades

NECESIDAD	EVALUACIÓN
Necesidad de Oxigenación.	<p>La persona con una adecuada posición durante su estancia en cama y los frecuentes cambios de posición permitieron que este disminuyera sus periodos disneicos.</p> <p>La limpieza de la vía aérea, el lavado bronquial y la fisioterapia pulmonar favorecieron la permeabilidad y la adecuada y completa expulsión de las secreciones.</p> <p>Por lo tanto los valores gasométricos se mantuvieron en niveles normales, por lo que el suplemento de oxígeno más la limpieza de la vía aérea permitieron que no hubieran cambios importantes en la oxigenación del paciente.</p>

NECESIDAD	EVALUACIÓN
<p data-bbox="316 680 699 711">Necesidad de alimentación</p>	<p data-bbox="818 352 1386 657">La colocación de la sonda nasogastrica permitió mantener el aporte alimenticio a través de dieta especializada y con apoyo de los suplementos alimenticios se mantuvo el aporte energético calórico que requería la persona.</p> <p data-bbox="818 789 1386 1041">La posición brindada de la persona así como la alimentación asistida permitieron que no se presentaran algún episodio de broncoaspiración durante su estancia hospitalaria.</p> <p data-bbox="818 1089 1386 1230">El peso de la persona debido a sus condiciones de dificultad para la movilidad no fue posible valorarlo.</p> <p data-bbox="818 1278 1386 1640">Con apoyo de los especialistas en nutrición se pudo implementar una dieta rica en vitaminas y proteínas de origen natural además de fibra para aumentar la masa muscular y obtener ganancia de peso gradual y con ello evitar complicaciones.</p>

NECESIDAD	EVALUACIÓN
<p>Necesidad de mantener una adecuada Movilidad y Postura</p>	<p>La persona mostró mejoría en la movilización de dedos en miembros pélvicos por lo que la terapia de ejercicios dió buenos resultados y la movilización constante así como la protección de prominencias óseas disminuyeron también el riesgo de lesión en la piel.</p> <p>Complementando el plan de ejercicios que se implementaba con el paciente se utilizaron algunas actividades con ayuda del familiar como lectura, juegos de agilidad mental, que permitían al paciente mantenerlo entretenido y con ello su progresión fuera más eficaz y rápida.</p> <p>Las acciones implementadas permitieron disminuir el riesgo del deterioro logrando la recuperación de la movilidad parcial de las extremidades sin presentar complicaciones</p>

NECESIDAD	EVALUACIÓN
<p>Mantener la higiene y la integridad de la piel.</p>	<p>La persona fue bañada diariamente con técnica de baño de esponja con ello se mantuvo la higiene corporal y se disminuyó el riesgo de presentar infecciones.</p> <p>Se brindó orientación a la familia sobre la utilización del baño en cama como alternativa si no se contaba con condiciones para realizarlo en regadera.</p> <p>La hidratación correcta de la piel permitió mantener su integridad evitando la aparición de lesión.</p>

NECESIDAD	EVALUACIÓN
<p style="text-align: center;">Evitar peligros</p>	<p>En todo momento se orientó a los familiares para que tomaran las precauciones necesarias evitando así una caída que complicara la salud del paciente.</p> <p>Los familiares colaboraron siempre subiendo los barandales evitando así una caída.</p> <p>La aplicación de los 5 momentos para el lavado de manos así como curación de catéteres y punciones para la obtención de muestras con técnicas asépticas contribuyeron en la no aparición de un episodio infeccioso.</p>

6 Plan de alta

NECESIDADES.	CUIDADOS Y RECOMENDACIONES
OXIGENACIÓN	<p>Se recomendó a los familiares la adecuación de la habitación del paciente con un sistema portátil de aspiración de secreciones aplicando las técnicas que se enseñaron en la capacitación.</p> <p>Realizar curación de la traqueostomía así como aplicar técnicas de limpieza de la cánula de Jackson las cuales aseguran la permeabilidad, esto se realiza las veces que sea necesario.</p> <p>Vigilar datos de dificultad respiratoria y presencia de sangrado de la traqueostomía.</p>

ALIMENTACIÓN

Los alimentos que le brindemos a la persona y que lo requieran deberán ser lavados y desinfectados correctamente.

Antes de iniciar la alimentación de la persona esta deberá ser colocado en posición sedente para evitar broncoaspiración

Mantener el sistema de aspiración preparado y aspirar a la persona si es necesario antes de brindarle alimento.

La alimentación de la persona será basada en abundantes líquidos y alimentos nutricionales los cuales se tendrán que hacer papilla para una mejor deglución, se tendrán que pedir sugerencia de alimentos al enfermo verduras o frutas, pollo; los cuales se cocerán correctamente y licuaran hasta obtener una adecuada consistencia.

Si la persona tolera perfectamente las papillas se podrá intentar con solo picar las verduras en trozos pequeños

NECESIDAD	RECOMENDACIONES
<p style="text-align: center;">MOVILIDAD Y POSTURA</p>	<p>La movilidad de la persona es de gran importancia para así evitar lesiones en la piel, por ello se recomienda aplicar las técnicas enseñadas para la movilización de la misma en su propia cama en promedio cada 2 horas se tendrá que cambiar de posición: lado izquierdo (decúbito lateral izquierdo), lado derecho (decúbito lateral derecho), y siempre cuidar las prominencias óseas colocando almohadas o donas debajo de estas (ver figura1 anexos)</p> <p>Realizar ejercicios pasivos inclusive durante el baño con agua tibia, esto relajará los músculos y ayuda a su rehabilitación.</p> <p>Utilizando la técnica de mecánica corporal el cuidador principal por las tardes deberá bajar a un sillón (reposit) con la finalidad de mantener a la persona el mayor tiempo fuera de cama. Vigilar la aparición de lesiones en prominencias óseas desde un enrojecimiento, calor o lesión en la piel.</p>

NECESIDAD	RECOMENDACIONES
<p>MANTENER HIGIENE E INTEGRIDAD DE LA PIEL</p>	<p>Adecuar el cuarto donde se bañara a la persona.</p> <p>Si es posible utilizar jabón neutro y esponja no agresiva.</p> <p>Siempre valorar la temperatura del agua de tal manera que sea agradable para la persona.</p> <p>Se tendrá que realizar el baño diario y asistido cuando el paciente lo requiera</p> <p>Asegurarse de secar adecuadamente la piel.</p> <p>Asegurarse de brindar una adecuada hidratación posterior a cada baño.</p> <p>Vigilar la aparición de enrojecimiento o lesiones.</p>

NECESIDAD	RECOMENDACIONES
<p style="text-align: center;">EVITAR PELIGROS</p>	<p>Mantener a la persona apoyada de un familiar</p> <p>Sujetar a la persona si es posible del sillón para evitar caídas.</p> <p>Movilizarlo entre 2 o más personas.</p> <p>Utilizar almohadas como protección para evitar su desplazamiento en la cama.</p> <p>Mantener la cama lo más bajo posible</p> <p>Valorar la capacidad del paciente para moverse por sí mismo como vaya progresando su recuperación.</p> <p>Dejarle objetos lo más cercano posible.</p> <p>Valorar la aparición de hipertermia, aparición de secreciones que indiquen infección de vías respiratorias</p> <p>Vigilar infección de sitios de punción.</p>

6. CONCLUSIONES

Quisiera antes de concluir agradecer al señor Enrique G.G por su disponibilidad y apoyo para realizar este proceso de atención de enfermería, así como a su hija Sonia G por la disposición para recibir orientación y sugerencias para brindar cuidados a su padre en el hogar, y también agradecer al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y el personal de enfermería y médico que contribuyó de forma importante en la realización de mi trabajo.

El enfermo neurológico es una persona que se ve afectado de forma importante debido a la complejidad del sistema nervioso central sobre todos los sistemas del organismo por ende se ve reflejado en 1 o más sistemas orgánicos afectados, aquí es donde entra la tan importante atención de enfermería para evitar un mayor daño, dar manejo a la discapacidad e incluso prevenir afecciones que puedan comprometer su vida.

Es importante mencionar que el modelo propuesto por Virginia Henderson es de gran utilidad para así sistematizar el cuidado y con ello aplicado en la elaboración del proceso brindar a la persona cuidados de calidad.

Sin duda el proceso de atención de enfermería es una herramienta valiosa que permite identificar los problemas de salud de un individuo así como de una comunidad y buscar e implementar soluciones que nos permitan revertir esos problemas de salud que los afectan.

Es por ello que la labor del personal de enfermería es constante ya que todos los días hay población en riesgo de padecer problemas neurológicos que educar por el bien de su salud ya que si tenemos una población informada esta podrá cuidar mejor su salud.

La aplicación del proceso de atención de enfermería se pudo realizar de forma exitosa así como de cada una de sus etapas, el paciente fue dado de alta por mejoría médica y con la familia preparada para concluir la rehabilitación del paciente y con ello reincorporarlo a su vida cotidiana.

Se logró avanzar para que la persona y su cuidador primario alcanzaran la independencia necesaria para el cuidado en casa.

7. RECOMENDACIONES

Considero que sería importante impulsar al alumno desde la etapa estudiantil de la carrera de la Licenciatura en Enfermería para que en realidad considere al PAE como un instrumento indispensable en la atención del paciente.

De la misma forma que se permita al alumno en formación el acercamiento al campo clínico en la neurología y con ello tenga más oportunidad de trabajar con el paciente.

Sería importante trabajar arduamente en la prevención de las principales enfermedades neurológicas, que si bien no todas evolucionan hasta la muerte, si condicionan secuelas importantes en el paciente, por ello la Enfermería debe actuar desde la prevención de estos padecimientos.

8 ANEXOS

Anexo No.1: PRINCIPALES ZONAS DE RIESGO PARA LA APARICIÓN DE
ULCERAS POR PRESIÓN

Anexo No.2: ESCALA DE DANIELS PARA LA VALORACIÓN DE LA FUERZA
MUSCULAR.

Anexo No.3: PLAN DE EJERCICIOS PARA EL PACIENTE CON SÍNDROME
DE GUILLAIN BARRÉ

Anexo No.4: ESCALA FUNCIONAL DE HUGES PARA EL PACIENTE CON
SNÍDROME DE GUILLAIN BARRÉ.

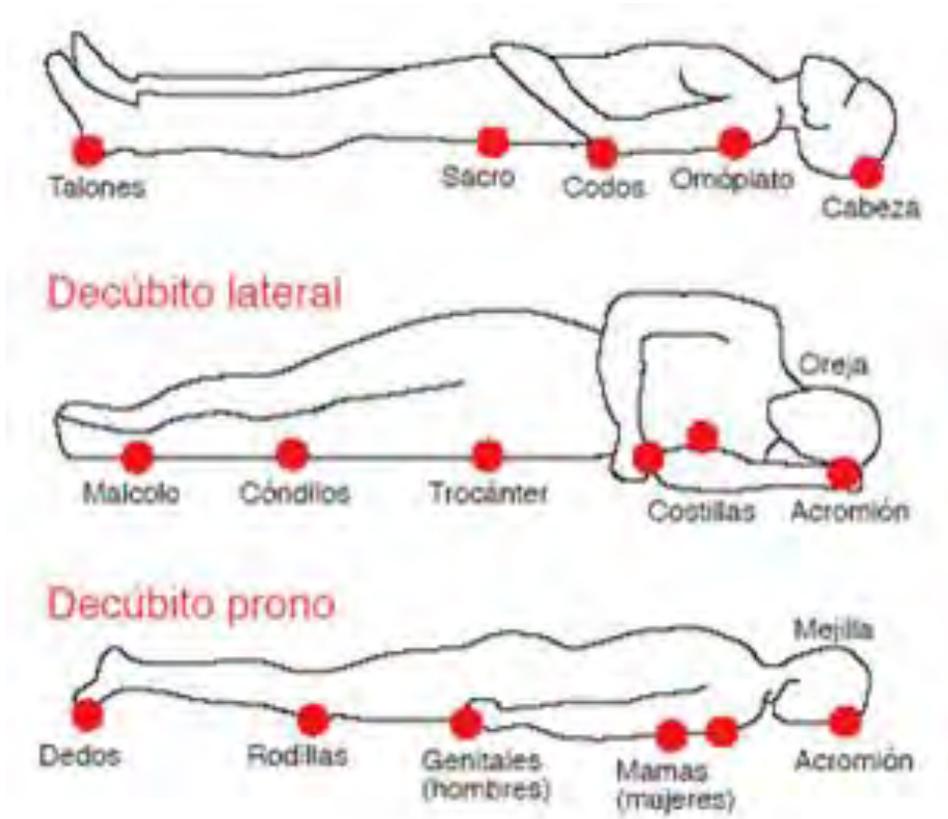
Anexo No.5: ESCALA DE NORTON PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE
ULCERAS POR PRESIÓN

Anexo No. 6: INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

Anexo No. 7 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Anexo No.1:

Principales zonas de riesgo para la aparición de úlceras por presión.



Obtenida de internet:

http://www.enfermerasperu.com/cuidado_del_paciente_anciano.php el día 20 de Marzo de 2013

Anexo No. 2:

Escala de Daniels para la valoración de la fuerza muscular

Grado	Actividad muscular
0	No hay contracción
1	Vestigio de contracción
2	Movimiento activo, sin gravedad
3	Movimiento activo, contra la gravedad
4	Movimiento activo contra la gravedad y resistencia
5	Potencia muscular normal

Obtenida de Daniels y Worthingham (1986).

Anexo No.3:

Plan de ejercicios pasivos para el paciente con Síndrome de Guillain Barré



Anexo No.4:

Escala funcional de Huges para el paciente con Síndrome de Guillain Barré

0 Paciente sano
1 Paciente con mínimos síntomas motores con capacidades manuales conservadas
2 Camina sin ayuda, pero capacidades manuales limitadas
3 Requiere ayuda para la de ambulación
4 Confinado a silla de ruedas o cama
5 Requiere ventilación mecánica
6 Muerte

Anexo No.5

Escala de Norton para la valoración del riesgo de úlceras por presión



ESTADO FÍSICO GENERAL	Bueno	4
	Regular	3
	Malo	2
	Muy Malo	1
ESTADO MENTAL	Alerta	4
	Apático	3
	Confuso	2
	Estuporoso y Comatoso	1
MOVILIDAD	Total	4
	Disminuida	3
	Muy limitada	2
	Inmóvil	1
ACTIVIDAD	Ambulante	4
	Camina con ayuda	3
	Sentado	2
	Encamado	1
INCONTINENCIA	Ninguna	4
	Ocasional	3
	Urinaria o Fecal	2
	Urinaria y Fecal	1
RESULTADO =		

Wolff L. Curso de enfermería moderna. 7ª ed. México: Harla; 2009.

Anexo No 6

Instrumento de valoración



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
División Posgrado
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Especialización de Enfermería en Adulto en Estado Crítico

UNAM
POSGRADO

Instrumento de Valoración

Ficha de Identificación

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo _____
Talla: _____ Peso: _____ Grupo y Rh: _____
Edo. Civil _____ Escolaridad: _____ Religión _____
Grupo Étnico: _____ Idioma/ Dialecto: _____
Ocupación actual y anterior: _____
Nivel socioeconómico: _____
Familiar a quien Avisar: _____
Domicilio Actual: _____

Radica en el DF o Interior de la Rep. Mex. _____
Teléfono: _____ tel/Cel: _____

Datos de Ingreso

Procedencia: _____
Fecha de Ingreso al Instituto: _____
No. de registro y folio: _____
Fecha de Ingreso al servicio: _____
Fuente de información: _____
Fecha de aplicación del instrumento: _____

Antecedentes Heredo familiares: _____

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Respiratorio:

➤ Datos subjetivos:

Estilo de Vida (sedentaria/activa): _____
 ¿Presenta Disnea?: _____ ¿Bajo qué circunstancias? _____
 Dificultad para respirar debido a: _____
 ¿Fuma? _____ No. de cigarrillos: _____ Inicio: _____
 Entorno ambiental, familiar y laboral _____
 Antecedentes respiratorios:
 Alteración de las Vías Respiratorias Altas: _____
 Alteración de las Vías Respiratorias Bajas: _____
 Tx. para dichas alteraciones: _____

➤ Datos objetivos:

Estado Mental:

Glasgow (Pitsburg)	Hunt-Hess	Fisher	Ramsay

FR: _____ Sat % _____ Oximetría: _____
 Coloración tegumentaria/mucosas/peribucal: _____
 Características del Tórax: _____
 Tipo de respiración: _____
 Patrón respiratorio: _____
 Ruidos Respiratorios: _____
 Datos de Dificultad Respiratoria: _____
 Tos/ reflejo tusígeno: _____ Espujo (características): _____
 Cultivo de Expectoración (resultado): _____

Ventilación Mecánica:

No Invasiva _____
 Invasiva _____ No. De cánula _____ Fija en # _____ Fecha de instalación: _____
 Sistema de Aspiración _____ Secreciones Bronquiales _____
 Modalidad: _____
 Índice de Kirby: _____

Parámetros ventilatorios

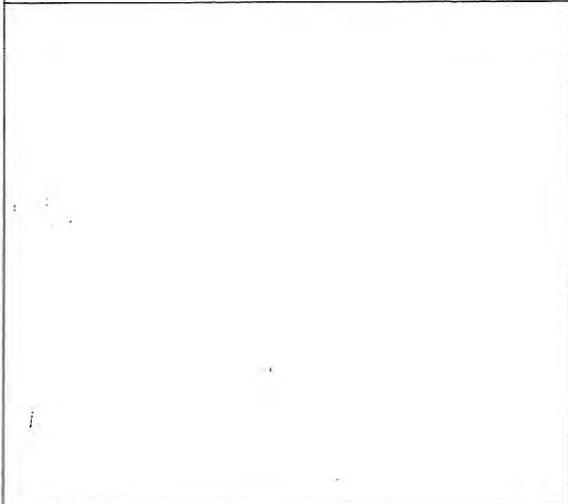
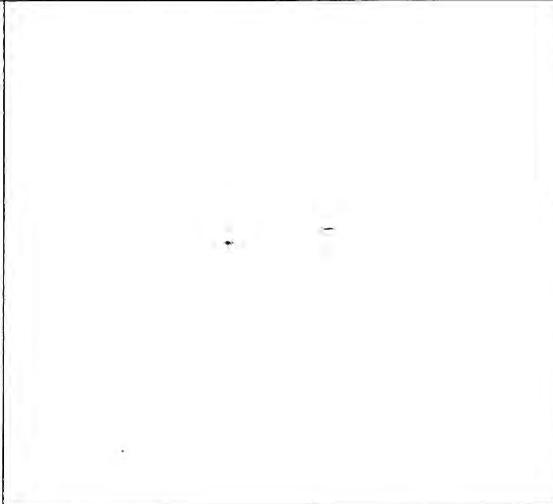
FR	VC	Flujo	Sensibilidad	PEEP	FiO2	Pausa Inspiratoria	Relación I:E	Presión Máxima

Gasometrías: FiO% _____ T° _____

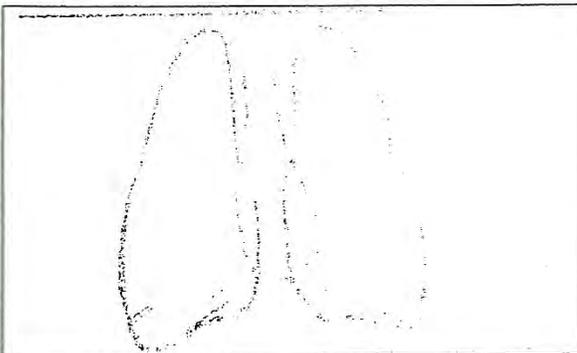
Muestra	pH	PCO2	PO2	HCO3	Sat %	-EB	Lactato	k	Na	Cl	Ca
Venosa											
Arterial											

Anión Gap: _____

Laboratorios: QS y BH

QS	BH
	

Radiografía de Tórax:



Interpretación Clínica:

TX Farmacológico actual: _____

Cardiovascular:

> Datos Subjetivos

Dolor: _____
 Diaforesis: _____ Acropaquia: _____ Edema Características: _____
 Datos de Insuficiencia Venosa profunda: _____
 Datos de Falla cardiaca.
 Derecha: _____
 Izquierda: _____
 Antecedentes Patológicos Personales:
 Alteración Cardíaca: _____
 Clase Funcional de la NYHA: _____

> Datos Objetivos:

Ruidos cardiacos: _____
 Frémito táctil en: _____
 Soplos palpables en: _____
 Llenado capilar: _____ Pulsos distales: _____

Datos de Insuficiencia Venosa profunda: _____

Datos de Falla cardiaca.

Derecha: _____
 Izquierda: _____
 Marcapaso:
 Temporal _____ Frecuencia _____ mAmp _____ sensibilidad _____

Características del marcapaso definitivo: _____
 Modalidad: _____ Fecha de instalación: _____ Sitio de fijación: _____
 Parámetros: _____

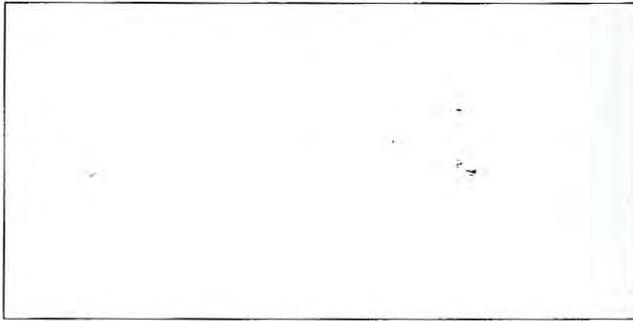
Taller hemodinámico:
 Swan Ganz

FC	T/A	PAM	PAPM	PCP	PVC	GC	IC	IMC	RVS	IRVS	RVP	IRVP

PAO2	CcO2	CaO2	CvO2	Qt/Qs				

Por Fick: _____

Trazo ECG: Ritmo: _____



Interpretación:

Laboratorios:

Enzimas cardíacas:

Tiempos de coagulación:

BH:

Tratamiento Farmacológico actual:

2. NECESIDADES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

➤ Datos subjetivos

Se alimenta solo: _____ Con ayuda _____ Horario y No. De comidas _____

Cantidad y tipo de líquidos que ingiere al día _____

Preferencias: _____ Desagradados: _____

Dieta habitual: Carnes _____ verduras _____ Frutas _____ Harinas _____

Leguminosas _____ Lácteos _____ Hojas verdes _____

Patrones de aumento/pérdida de peso: _____

Suplementos alimenticios _____

¿Tiene algún conocimiento sobre como favorecer su alimentación? _____

Ha presentado: anorexia _____ náuseas _____ vómito _____ indigestión _____ hiperacidez _____

Medidas para purificar el agua: Hierve _____ Desinfecta _____ garrafón _____

Cavidad bucal:

Capacidad para hablar: _____

Capacidad para masticar: _____

Capacidad para deglutir: _____

➤ Datos objetivos

Días de Estancia en servicio: _____

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ ASC: _____ PA: _____ Circunferencia del Brazo: _____
Glicemia capilar: _____

Características del Cabello _____

Lengua: Hidratación: _____ Úlceras _____ Inflamación _____

Encías: color _____ Edema _____ Hemorragia _____ Dolor _____

Dientes: Caries _____ Prótesis _____ Sensibilidad al frío _____ calor _____

Labios: Color _____ Hidratación: _____ Grietas: _____

Uñas: _____

Piel y mucosas: _____

Tono muscular: _____

Alimentación:

Enteral: Sonda _____

Parenteral: _____

Tipo de dieta: _____

Hidratación:

Ingresos: _____ Egresos _____ Balance parcial _____

PVC: _____ déficit de agua: _____

Soluciones IV:

Fármacos: _____

Laboratorios:

Hb: _____	Tp: _____
Albúmina: _____	TPT: _____
Transferrina: _____	INR: _____
Leucocitos: _____	Na+: _____
BUN: _____	Cl-: _____
Urea: _____	K+: _____
Creatinina: _____	Mg+: _____
Calorimetría: _____	Ca+: _____
Proteínas: _____	

3. ELIMINACIÓN.

Evacuación:

➤ Datos subjetivos

Hábitos intestinales y características de las heces: _____
Al evacuar hay: dolor _____ Ardor _____
Tiene: estreñimiento _____ Hemorroides _____ Diarrea _____ Flatulencias _____
Antecedentes de afecciones digestivas/ hemorrágicas: _____
Presenta: Distensión Abdominal: _____

➤ Datos objetivos

Características del abdomen:

Distensión abdominal _____ Ruidos peristálticos _____
Presencia de: ostomía _____
Frecuencia y cantidad de heces en 24 horas _____

Características de las heces: _____

Coprocultivo: _____

Fármacos: _____

Micción:

➤ Datos subjetivos

Características de la orina: _____
Dolor o ardor al miccionar: _____
Antecedentes de afecciones renales: _____

➤ Datos objetivos

Frecuencia: _____ veces al día Volumen urinario: _____ mlkghr

Características: _____

Sonda vesical: _____

Diálisis: _____

Hemodiálisis: _____ Tiempo _____ Volumen filtrado _____

Observaciones durante el procedimiento: _____

Hemodiafiltración: _____

Tratamiento Farmacológico: _____

Laboratorios

Urocultivo: _____
 Sérico: _____
Urea : _____
Creatinina: _____
BUN: _____
Glucosa: _____
 Orina:
Ph: _____
Densidad: _____
Osmolaridad: _____
Glucosa: _____
Proteínas: _____
Cilindros: _____
Leucos: _____
Electrolitos: _____
Depuración: _____

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Datos subjetivos

Se protegen en los cambios de temperatura ambiente _____
Sensibilidad extrema al frío o al calor _____
Medidas físicas _____
Adaptación a los cambios de temperatura: _____
Temperatura ambiental que le es agradable: _____
Condiciones del entorno físico: _____

Datos objetivos

Temperatura _____
La piel se encuentra (intacta, quemada, etc) _____
Grado _____ Localización _____ Lesionada _____
Diaforesis no _____ si _____
Edema _____ Fría _____ Caliente _____
Laboratorios
Leucocitos: _____
Hemocultivo: _____
Cultivos _____
Fármacos: _____

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Datos subjetivos

Patrones de reposo _____

Alteraciones por estados emocionales _____

Uso de reductores de tensión _____

Facilitadores del sueño, masajes, relajación, música, lectura, medicamentos _____

¿Cuánto tiempo destina para descansar? _____

¿Cuántas horas duerme? _____

¿Se duerme fácilmente? _____ ¿por qué? _____

¿Se despierta durante la noche? _____ ¿cuántas veces? _____

¿A que considera que se deban estas alteraciones?

¿Ronca ruidosamente?

¿Qué ha hecho para solucionarlo?

¿Cómo influye su estado emocional en su descanso y sueño?

¿Cómo influye el lugar donde vive en su patrón de su sueño?

¿Sus actividades diarias influyen en el descanso y sueño?

¿De que manera equilibra el ejercicio con el descanso y sueño?

Datos objetivos

Durante el día manifiesta: sopor, bostezo, otros datos _____

Aditamentos para dormir _____ que tipo _____

Existen procedimientos frecuentes por el personal: _____

Iluminación permanente _____

Dolor _____

Apoyo farmacológico _____

Fármacos o sustancias específicas:

6.-EVITAR PELIGROS

DATOS SUBJETIVOS

Mecanismos de defensa

Esquema de vacunación _____

Revisiones periódicas _____

Protección ante ETS _____

La percepción sensorial.

Olfato _____

Visión _____

Oído _____

Tacto _____

Conocimientos sobre medidas de seguridad _____

Tipo de seguridad: _____

Manera habitual de afrontar situaciones difíciles.

Autosuficiencia _____ Agresividad _____ Reacciones inconscientes _____

Dificultad para pedir ayuda _____ Evitar enfrentamientos _____

DATOS OBJETIVOS

Nivel de conciencia.

Alerta _____ Somnoliento _____ Estupor _____ Coma _____

Movilidad.

Paresias _____ Plejías _____ Marcha atáxica _____ Incoordinación _____

Uso de barandales: _____ Sujeción: _____

Estados emocionales

Cooperador _____ Ansiedad _____ Agresividad _____ Deprimido _____

Pasivo _____

Cumplimiento del plan terapéutico

Farmacológico _____

No farmacológico (dietas, ejercicio) _____

Toxicomanías: _____

7.- HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

DATOS SUBJETIVOS _____

Hábitos higiénicos habituales

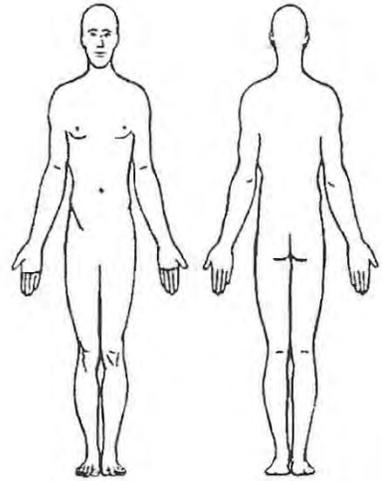
Baño _____ Frecuencia de lavado de cabello _____ Higiene bucal _____
Cambio de vestimenta _____

Alteraciones de la superficie cutánea

Estado de la piel: Color _____ Textura _____ Turgencia _____ Hidratación _____
Temperatura _____ Presencia de lesiones _____.

Lesiones

Mácula (peca) _____ pápula (acné) _____ nódulo _____,
tumor _____, quiste _____, Rash cutáneo _____, vesícula
(varicela) _____ ampolla _____
Quemadura: _____ grado _____ extensión _____ %



8.-MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Hábitos de actividad y ejercicios:

- Casa: _____
- Trabajo: _____
- Tiempo libre: _____

Medidas higiénicas para moverse y tener buena postura:

- Ejercicios activos
- Pasivos
- Uso de calzado adecuado:
- Limitaciones para la deambulación:

Postura habitual en relación con el trabajo:

Dolor muscular _____ Inflamación de articulaciones _____ Defectos óseos _____

Datos objetivos:

Revisión:

Capacidad funcional _____ Mano dominante _____

Utilización de brazos, piernas y manos ____ Fuerza (0-5): _____ Marcha _____

Utilización de aparatos _____

Cambios de posición:

Cada dos horas ____ Cada 4 horas ____ Una vez por turno ____ Ninguna _____

Se puede trasladar de la cama a reposit: _____

Utilización de almohadas u aparatos en sitios de salientes óseas:

Almohadillas ____ Cojines ____ Colchón de agua o neumático _____

Posición:

Semifowler ____ Fowler ____ Supina ____ Prona _____

Movimientos pasivos:

Miembros torácicos ____ Miembros pélvicos ____ Rehabilitación _____

Atrofia muscular (Síndrome de rueda dentada): _____

Rigidez ____ Edema ____ Dolor _____

9. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

Datos subjetivos

Distingue relaciones de higiene personal y salud: _____ Necesita ayuda para vestirse o desvestirse: _____

Tipo de ropa de acuerdo a clima ____ Utilización de pañal: _____

Frecuencia de cambio de pañal _____

Datos objetivos

Concordancia de vestido de acuerdo a la situación _____

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE.

DATOS SUBJETIVOS.

Facilidad para expresar sentimientos y pensamientos ____ Relaciones con la familia y otras personas _____

Utilización de mecanismos de defensa:

Agresividad ____ Hostilidad ____ Desplazamiento ____ Risas ____

Otras _____

Zona de confort _____

Datos objetivos

Limitaciones físicas que interfieren en su comunicación ____ Limitaciones de comprensión

Contactos sociales frecuentes satisfactorios. _____

Facilidades de la relación:

Confianza ____ Receptividad ____ Empatía ____ Disponibilidad _____

11. NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

DATOS SUBJETIVOS.

Conocimientos sobre la etapa de desarrollo _____
Conocimiento sobre: necesidades básicas _____ estado de salud actual _____ tratamiento y autocuidados que necesita _____
Desearía incrementar sus conocimientos sobre aspectos relativos a su salud/enfermedad:
Si _____ No _____ Por qué _____
Técnicas de autocontrol: emocional (asiste a grupos de ayuda) _____
Cambios en sus hábitos de vida _____
Motivar para crear inquietud de aprendizaje _____
Situaciones que alteran: capacidad de aprendizaje _____ ansiedad _____ dolor _____ pensamientos _____ sentimientos _____ angustia _____
Como considera su estado emocional _____
Datos objetivos
Iniciativa para obtener nuevos conocimientos _____ Cambio en: actitudes y aptitudes _____

12. PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

DATOS SUBJETIVOS.

Realiza actividades recreativas. Si _____ No _____ Cuáles _____
Con quién _____ Frecuencia _____
El uso de su tiempo libre le produce satisfacción _____
Dispone de recursos para dedicarse a cosas que le interesan. _____
Datos objetivos
Aspecto físico _____ Emocional _____
Tipo de actividad _____

13.- VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Datos Subjetivos

Religión _____ ¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales? _____
Principales valores en su familia _____
Principales valores personales _____
Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir _____

Ritos que debe participar de acuerdo a su religión _____
Con que frecuencia _____
Tiene algún objeto indicativo determinado a sus valores y creencias _____
otros _____

Datos objetivos

Su religión interviene con su tratamiento _____

14- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Datos subjetivos

Se ocupa de labores cotidianas en la casa _____

Trabaja actualmente _____

El trabajo que desempeña está acorde a su profesión: Si _____ No _____

Cuánto tiempo le dedica a su trabajo _____

Está satisfecho con su trabajo: Si _____ No _____ ¿Por qué? _____

Tipos de riesgos laborales _____ Conflictos laborales _____

Su remuneración le permite cubrir sus necesidades _____

y/o las de su familia _____

Esta satisfecho (a) con el rol familiar que juega: Si _____ No _____ ¿Por qué? _____

Sexualidad

Vida sexual activa: Si _____ No _____ No. de parejas _____ Uso de métodos anticonceptivos y tipo

Datos Objetivos

Estado emocional: Calmado _____ Ansioso _____ Enfadado _____ Retraído _____

Temeroso _____ Irritable _____ Inquieto _____

Anexo 7: Carta de consentimiento informado.



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

SALUD

MINISTERIO DE SALUD



MANUEL VELASCO SUÁREZ

México, D. F. a 25 de enero de 20 13

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la presente manifiesto mi conformidad para participar en la elaboración de un **Proceso Atención de Enfermería**, con fines académicos, el cual consiste en la realización de una entrevista y exploración física y neurológica, con el objetivo de orientar los cuidados que habré de realizar en beneficio de mi persona para favorecer mi calidad de vida y prevenir complicaciones.

Se me ha informado que el personal de enfermería, utilizará en todo momento y lugar, la confidencialidad, el derecho a la intimidad, el secreto profesional, el respeto a la dignidad humana, sin prejuicios y con responsabilidad. También sé que puedo preguntar todo lo relacionado con los cuidados de enfermería que se brinden a mi persona y a mi familiar y se me aclaró que puedo retirarme en cuanto yo lo decida, sin que ello afecte mi relación con la enfermera. De igual forma aportaré toda la información requerida para que el desarrollo del Proceso Atención de Enfermería se lleve a cabo sin ningún problema, ya que los resultados de este estudio ayudarán a perfeccionar los cuidados de enfermería a personas con la misma enfermedad.

Las observaciones, entrevistas y valoraciones se realizarán dentro de las instalaciones del propio Instituto y en caso necesario se realizarán visitas domiciliarias o contacto por vía telefónica.

Sí autorizo

Nombre del (la) paciente o persona (o responsable legal y parentesco)

Sonia Gabriela Graada Ortiz

No. De Expediente clínico 2004 29

Testigo

Sonia Graada

Insurgentes Sur # 3877 Col. La Fama 14269 México, D.F. Tel. (55) 56063822
www.innn.salud.gob.mx

7 GLOSARIO DE TÉRMINOS

ALBUMINA: proteína plasmática producida por el hígado encargada de transportar diversas hormonas esteroides y ácidos grasos.

ANAMNESIS: Es el término empleado para referirse a la información proporcionada por el propio paciente durante una entrevista clínica, con el fin de incorporar dicha información en la historia clínica. La anamnesis es la reunión de datos subjetivos, relativos a un paciente.

ANTROPOMETRIA: es la sub rama de la antropología biológica o física que estudia las medidas del hombre. Se refiere al estudio de las dimensiones y medidas humanas con el propósito de comprender los cambios físicos del hombre y las diferencias entre sus razas.

ARREFLEXIA: es la ausencia de respuesta refleja de las extremidades.

ATROFIA: En términos biológicos consiste en una disminución importante del tamaño de la célula y del órgano del que forma parte, debido a la pérdida de masa celular. Las células atroficas muestran una disminución de la función pero no están muertas.

CUADRIPLEJIA: incapacidad para realizar actividad motora de los cuatro miembros.

DIAFORESIS: aumento en la producción de sudor por las glándulas sudoríparas.

DIPLOPÍA: condición en la cual el paciente es incapaz de visualizar una imagen de forma normal ocasionada por una alteración más o menos importante del equilibrio muscular por lo cual ya no es posible la superposición de las dos imágenes: en ese caso se yuxtaponen dando lugar a este padecimiento.

DISNEA: alteración de la respiración caracterizada por la dificultad para realizar los movimientos respiratorios.

GLICEMIA: Es la medida de concentración de glucosa libre en sangre, suero o plasma sanguíneo. Los niveles normales de glucosa oscilan entre los 70 mg/dl y los 100 mg/dL.

HIPONATREMIA: disminución de los niveles de sodio plasmático por debajo de los niveles normales 136- 145 mmol/L.

HIPORREFLEXIA: disminución de los reflejos osteotendinosos.

INMUNOGLOBULINA: anticuerpo sintetizado por las células plasmáticas derivadas de los linfocitos B en respuesta a la introducción de un antígeno.

MIELINA: es una capa de lípidos y proteína localizada en el axón neuronal actúa como aislante eléctrico del axón y aumenta la velocidad de los impulsos eléctricos.

NUTRICIÓN: La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud.

NUTRIENTE: Es un producto químico procedente del exterior de la célula y que ésta necesita para realizar sus funciones vitales. Éste es tomado por la célula y transformado en constituyente celular a través de un proceso metabólico de biosíntesis llamado anabolismo o bien es degradado para la obtención de otras moléculas y de energía. Parenteral

SINDROME: El síndrome es un cuadro clínico que presenta un cierto significado. Gracias a sus características, que actúan como datos semiológicos, posee una cierta identidad, con causas y etiologías particulares.

TAQUICARDIA: frecuencia cardiaca en reposo anormalmente alta mas de 100 latidos por minuto.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackley Betty. Manual de diagnósticos de Enfermería. 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
- Ayres SM, Holbrook PR. Tratado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. 3ª ed. Madrid: Medica Panamericana SA; 1996.
- Beare P, L Myers J. Enfermería Médico Quirúrgica. 3a ed. Madrid: Harcourt; 1998.
- Beare Patricia, Myers Judith. Enfermería: Enfermería Principios y Práctica. 3ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 1993.
- Carpenito Lynda J. Planes de Cuidados y documentación clínica en Enfermería: Diagnósticos enfermeros y problemas en colaboración. 4ª ed. Madrid: Mc Graw Hill; 2005.
- Claude J. Tratado de Medicina Interna. 2ª ed. Madrid: Medica Panamericana SA; 1996.
- Doenges M. Guía de bolsillo de diagnósticos y actuaciones de enfermería. 3ª ed. Madrid: Doyma; 1991.
- EDUMED. Subtipos electrofisiológicos del síndrome de Guillain-Barré en adultos mexicanos. En internet:
http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A38.pdf. Mexico, 2010, 35pp. Consultado el día: 28 de mayo de 2013.
- Farreras V. Medicina Interna. 14 ed. Madrid: Harcourt SA; 2000.
- Fernández C, Nóvel G. El proceso de atención de enfermería: Estudio de casos. Madrid: Masson-Salvat; 1993.
- Fernández Ferrín. De la teoría a la práctica: El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2ª ed. México: Masson; 2000.
- Fuerst E. Principios fundamentales de Enfermería. 3ª ed. México: Prensa Medica Mexicana; 2010.

- Grif Alspach M. Cuidados intensivos en el adulto. 4ªed. México: Interamericana; 1993.
- Heard S. Procedimientos y técnicas en unidades de cuidados intensivos. 2ªed. Madrid: Marbón; 2001.
- Herdman T. Diagnósticos enfermeros NANDA.7ªed. Madrid: Elsevier; 2010.
- Jhonson M, Bulechek G. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
- Kosier Bárbara. Enfermería fundamental: conceptos, procesos y práctica. 4ªed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 1994.
- Lefevre Alfaro. Aplicación del proceso enfermero. Madrid: Masson; 2008.
- Lewis Sharon. Enfermería Médico-quirúrgica: Valoración y cuidados de problemas clínicos. 6ªed. Madrid: Elsevier; 2004.
- Lewis Sharon. Atlas de hematología clínica. 3ªed. Madrid: Panamericana; 2009.
- López C. Cuidados Enfermeros. 3ªed. México: Masson Doyma; 2005.
- Lynn W, Eunice M. Técnicas de enfermería: Manual Ilustrado. 3ªed. México: Interamericana/McGraw-Hill; 2008.
- MEDISAN. Terapéutica en el síndrome de Guillain-Barré. En internet: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol4_3_00/san10300.htm. México, 2000, 57pp. Consultado el día 20 de Mayo de 2013,
- Osinachi C. Farmacología para la Enfermera. 2ª ed. Buenos Aires: Akadia; 2004.
- Peterson Paul. Neurología y Neurocirugía. 2ª ed. México: Prado; 2000.
- Potter P. Fundamentos de Enfermería. 5ªed. Madrid: Elsevier Science; 2001.
- Rosales Susana. Fundamentos de Enfermería. México: El manual moderno; 1999.
- Saunders C, Mary T. Diagnósticos y Tratamiento de Urgencias. 3ªed. México: Manual Moderno; 1998.

- SCIELO. Plasmaféresis en el Síndrome de Guillain-Barré. En internet: http://scielomx.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S001638132002000600004&lng=es&nrm=iso. México, 2009, 22pp. Consultado el día 24 de Mayo de 2013.
- SCIELO. Síndrome de Guillain-Barré. En internet: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572003000200009&lng=es&nrm=iso. La Habana, 2008, 20pp. Consultado el día 20 de Marzo de 2013.
- SCIELO. Síndrome de Guillain-Barré en el anciano: un estudio retrospectivo Archivos de Neurociencias. En internet: http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-47052004000600003&lng=es&nrm=iso. México, 2010. 10pp. Consultado el día 20 de Marzo de 2013
- Simons P. Neurología Clínica. 7ª ed. México: Mc Graw Hill; 2010.
- Telleria A. Síndrome de Guillain Barré. 2ª ed. Colombia: Neurology; 2002
- Tortora Gerard. Principios de Anatomía y Fisiología. 9ª ed. México: Oxford; 2000.
- Wolff Luvern. Curso de enfermería moderna. 7ª ed. México: Harla; 2009.