



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
División de Estudios de Posgrado
Especialización en Enfermería Neurológica

“Intervenciones de Enfermería a una Persona con Síndrome de Guillain Barre
tipo AMAN, bajo la teoría de Dorothea Orem”

Estudio de caso

Para obtener el grado de especialista en Enfermería Neurológica

Presenta.

LEO. Karla Leticia Cancino Morales

CED. 7563913

Asesor.

EENL. Verónica Balcázar Martínez.

México D.F. 2013



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.

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	2
3. OBJETIVO	3
3.1 GENERAL	
3.2 ESPECÍFICO	
4. FUNDAMENTACIÓN	3
4.1. ANTECEDENTES	
5. MARCO CONCEPTUAL	5
5.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA	
5.2. METAPARADIGMA	
5.3. TEORIA DE ENFERMERÍA	
5.4. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
5.5. PATOLOGÍA	
6. METODOLOGÍA	17
6.1. ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN	
6.2. SELECCIÓN DE CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN	
6.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS	
7. PRESENTACIÓN DEL CASO	20
7.1. DESCRIPCIÓN DEL CASO	
8. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	21
8.1. VALORACIÓN	
8.2. JERARQUIZACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS	
8.3. APLICACIÓN DEL PAE (DIAGNÓSTICOS, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN)	
9. PLAN DE ALTA	31
9.1 VALORACIÓN FÍSICA.	
9.2 VALORACIÓN POR REQUISITOS (DOROTHEA OREM).	
9.3 ANÁLISIS.	
9.4 PLAN DE ALTA.	
9.5 EVALUACIÓN.	
10. CONCLUSIONES	39
11. BIBLIOGRAFIA	41
12. ANEXOS	42

1. INTRODUCCIÓN:

La enfermería es la ciencia y el arte de proporcionar cuidados al individuo, familia y comunidad, mediante el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales y potenciales así como la ejecución de acciones en colaboración para el diagnóstico y tratamiento de las respuestas fisiopatológicas.¹

Tomando en cuenta la definición anterior observamos a la enfermería como una ciencia la cual requiere de un objeto de estudio, el cuidado y una metodología el proceso de atención de enfermería (PAE).

Por lo tanto, toda ciencia requiere de un método en el caso de la enfermería dicho método es el PAE, cuyo objetivo es constituir una estructura que pueda identificar las necesidades reales o potenciales de la persona, familia o comunidad y cubrir las satisfactoriamente.

El Proceso de Atención de Enfermería, es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados.

El caso clínico que a continuación se presenta fue aplicado en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velazco Suarez" a un usuario con un diagnóstico de Guillan Barre tipo AMAN en el servicio de neurología, donde se siguieron cada una de las etapas del PAE, logrando así elaborar diagnósticos de enfermería así como el jerarquizarlos para entonces elaborar un plan de cuidados específicos hacia la persona.

¹ Iyer P.W; Taptich B.J; Losey Bernocchi Donna; Proceso y Diagnóstico de Enfermería; 3a edición; McGraw-Hill Interamericana; México; 1999; pp.4.

2. JUSTIFICACIÓN:

El presente estudio de caso se elabora como parte del programa de la asignatura de intervenciones de enfermería en el paciente neurológico, con el fin de integrar conocimientos teóricos y prácticos y materializarlos a través de un plan de cuidados especializados dirigidos a una persona con un padecimiento de origen neurológico.

El objetivo de este trabajo es dar a conocer todo un plan de cuidados de alta especialidad de Enfermería Neurológica, que abarca cuidados pre y post hospitalarios en una persona en edad reproductiva con Síndrome de Guillain Barre de tipo AMAN, ya que esta variante es la que se presenta con mayor frecuencia en nuestro país², la etapa en donde se presenta con mayor frecuencia, es la etapa pediátrica, pero ¿Por qué seleccionar a una persona en edad productiva con este padecimiento y esta variable? , bien como se menciona anteriormente es poco frecuente este padecimiento aun en un centro de referencia como lo es el Instituto (censos mensuales realizados en el piso de neurología muestran una relación 3:23 respecto a otros padecimientos de origen neurológico como el EVC con respecto al SGB).

Otro aspecto a considerar es porque a diferencia de los niños que poseen una mayor capacidad de adaptación, la persona a la cual se realiza este estudio , es una persona productiva, con familia y que ya tiene una vida totalmente establecida y este padecimiento viene a alterar estas cuestiones, y es cuando a través de los cuidados lograremos no solo ayudar a que recupere su estado de salud, también disminuirémos en él factores de morbo y mortalidad, también se implementara un plan de alta que se centra en la rehabilitación y es en esta parte donde recuperará su capacidad de autocuidado.

² LESTAYO-O' Farril Z. Hernández-Cáceres JL. Análisis del comportamiento del síndrome de Guillain Barre consensos y discrepancias. Revista Neurológica 2008, 46 (4) 230-237.

3. OBJETIVOS:

- 3.1 GENERAL:

Brindar y elaborar un plan de cuidados y plan de alta dirigidos a una persona con padecimiento neurológico, aplicando satisfactoriamente cada una de las etapas del proceso enfermero y esperando obtener resultados satisfactorios.

- 3.2 ESPECÍFICOS:

1. Reconocer el impacto epidemiológico e importancia del padecimiento a nivel internacional, nacional y dentro de la institución.
2. Emplear el instrumento de valoración neurológica de Enfermería que a la vez contiene implícitos el Método enfermero y el modelo de Dorothea Orem
3. Jerarquizar los requisitos afectados en la persona y realizar un plan de cuidados de alta especialidad y poder ofrecerle beneficio a través de estos cuidados.

4. FUNDAMENTACIÓN:

Brindar cuidados especializados, mediante la aplicación satisfactoria de cada una de las etapas del Proceso Enfermero, así como el empleo de diversas estrategias de valoración y elaboración de diagnósticos de Enfermería para en base a ellos jerarquizar, desarrollar, fundamentar y aplicar acciones que contribuyan al bienestar de la persona.

4.1 ANTECEDENTES

El nacimiento del Hospital General de México fue la razón por la cual da inicio la preparación formal de las enfermeras. Posterior a su inauguración en 1905, ante la demanda creciente de enfermeras que dieran respuesta a las necesidades de atención de enfermería a los pacientes se formaliza con la creación de la Escuela de Enfermería en este Hospital.

La Dirección General de la Beneficencia Pública aprobó el 3 de octubre de 1906 las disposiciones oficiales generales para el funcionamiento de dicha escuela; sin embargo a la caída del gobierno de Porfirio Díaz ocurre una desestabilización social y con ello surge un acuerdo donde el presidente Don Francisco León de la Barra dicta: “Estando conforme con ello la Secretaría de Gobernación y la Instrucción Pública y de Bellas Artes, han convenido que esta última tendrá la facultad de nombrar y remover el personal científico y administrativo del Hospital General, para que dirigido y validado por la Escuela de Medicina constituya eficazmente para la enseñanza de la medicina.

Con dicho acuerdo la Escuela de Enfermería pasa a tener dependencia de la de Medicina.

La escuela de Enfermería se remonta al año 1902 cuando el Doctor Eduardo Liceaga organizó en el Hospital de Maternidad e Infancia un curso con 20 alumnas, en 1905 se inaugura la Escuela De Enfermería en el Hospital General, siendo el director el Doctor Fernando López.

Una de las principales deudas que tiene México con el Hospital General es la creación de enfermeras de carrera a planear enfermeras preparadas, para ese entonces el Doctor Liceaga había dicho: “La asistencia de los enfermos va a confiarse a personas de sexo femenino, a quienes se ha estado dando desde hace dos años instrucción y educación apropiadas para el objeto al que se les desina”.

El periodo de 1911-1916 corresponde a la etapa de la Revolución Mexicana que se distinguió por una inestabilidad política reflejada en el gobierno de la Universidad Nacional. Con los cambios frecuentes de rectores y por ende los directores de la Escuela de Medicina. Sin embargo el 11 de Enero de 1912, se aprobó el Plan de Estudios para la carrera de Enfermería y de Partera en la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de México.

La época contemporánea de 1945 a 2005, es el periodo de consolidación de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. De la formación inicial de enfermeras a nivel técnico en 1907 en el Hospital General, a la licenciatura en Enfermería y Obstetricia en 1968, el Programa Único de Especialidades (PUEE) en 1997, hasta la aparición de la maestría en 2002.

ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERIA:

El Plan Único de Especialización en Enfermería se integra por 13 planes de estudio de especialidad, correspondientes a los campos de conocimiento por orientación, entre las especialidades que ofrece la ENEO, se pueden mencionar las siguientes:

Especialista en enfermería en Salud Pública, Cardiovascular, Perinatal, Infantil, Rehabilitación, Adulto en estado crítico, Anciano, Neurológica, Salud mental, Oncológica, Atención en el Hogar, Cultura física y del deporte y Neonatología.³

El PUEE, corresponde a un proyecto de estudios de posgrado en la ENEO en el año 1997 que tiene el propósito de formar especialistas de enfermería del más alto nivel, capaces de atender y resolver las diversas problemáticas que plantea la atención y el cuidado que demandamos diferentes grupos sociales y las instituciones de salud.⁴

Se considera, además, que estos estudios de especialización permiten enriquecer la formación universitaria previa, favoreciendo también el desarrollo y movilidad profesional de sus egresados.⁵

5. MARCO CONCEPTUAL:

5.1 CONCEPTO DE ENFERMERÍA.

La primera definición de enfermería fue dada por Florence Nightingale en 1859, en las *Notes of Nursing* en donde la define como: “la encargada de la salud personal de alguien...y lo que la enfermería tiene que hacer... es poner al cliente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”.

La misión de definir la Enfermería ha sido llevada a cabo por diferentes personas. En 1979, la *American Nurses Association* (ANA), definió la enfermería y estableció el alcance de la práctica de enfermería, el resultado final de la ANA y sus esfuerzos fue la publicación de “*Nursing: A Social Policy Statement* (1980)”. La definición de enfermería plasmada en este documento reflejaba la evolución histórica de la profesión y de sus bases teóricas: “*La Enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud reales y potenciales*”.

Las respuestas humanas son los fenómenos que tiene que ver con el profesional de enfermería. Estas se han descrito como las respuestas de los individuos, las familias y de las comunidades a la interacción con su entorno. El profesional de enfermería se centra en dos tipos de respuestas:

1. Reacciones de los individuos y los grupos ante los problemas reales de salud, como lo es el efecto de la enfermedad.
2. Necesidades de autocuidado.

³ http://www.100.unam.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=346&Itemid=81 25.11.11 10:00 am

⁴ Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM • Vol 7. • Año. 7 • No. 3 • Julio-Septiembre 2010

⁵ Zárate Grajales RA, Balán Gleaves C. Plan Único de Especialización en Enfermería. Documento interno de la División de Estudios de Posgrado. 5ª fase, ENEO-UNAM, México, 2009.

Esto denota que la práctica de enfermería incluye actividades de valoración, diagnóstico, planificación, tratamiento y evaluación de las respuestas observadas en personas sanas o enfermas.

En resumen el profesional de Enfermería trata las respuestas de la persona ante los problemas de salud o las conductas saludables.

En cuanto a las funciones o rol de enfermería, esta se define en dos áreas:

- Funciones independientes. Son aquellas actividades consideradas dentro del campo de diagnóstico y de tratamiento de la enfermería, estas acciones surgen de la autonomía de la profesión.
- Funciones Interdependientes. Son aquellas que se realizan conjuntamente con otros miembros del equipo de salud.

5.2 METAPARADIGMA

Al hablar de metaparadigma nos referimos a conceptos que son propios de alguna disciplina y guían nuestra práctica en el caso de Enfermería cuatro son los elementos que lo componen:

- **Persona:** Es un ser integral, es decir, con los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tiende al máximo desarrollo de su potencial.
 - Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
 - El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.
 - La persona requiere ayuda para lograr su independencia.
 - La persona y su familia constituyen una unidad.
 - Toda persona es capaz de ejercer el autocuidado.
- **Entorno:** Se refiere a él como algo estático, reconoce su influencia positiva o negativa sobre el usuario y recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que promueva la salud.
 - Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.
 - Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.
 - Las enfermeras deben proteger a las personas de lesiones mecánicas.
 - Las enfermeras deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipo y mantenimiento.
 - Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de la enfermera en las que basan sus prescripciones.
 - Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.
- **Rol profesional:** Es un servicio de ayuda al usuario del servicio enfermero se orienta a suplir su autonomía o a completar lo que le falta.

- Una enfermera tiene como única función ayudar a personas sanas o enfermas.
 - Una enfermera actúa como parte de un equipo médico.
 - La enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando así lo requiera.
 - Una enfermera debe tener conocimientos de diversas áreas de la salud (biología, anatomía, fisiología, farmacología, psicología) así como de sociología.
 - Una enfermera puede valorar las respuestas humanas.
- **Salud:** Se equipara con la independencia de la persona para satisfacer necesidades básicas.
 - La salud es calidad de vida.
 - La salud es fundamental para el funcionamiento humano.
 - La salud requiere independencia e interdependencia.

5.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA:

DOROTHEA OREM

LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Dorothea Elizabeth Orem, nació en Baltimore, Maryland. Orem empezó su carrera enfermera, en la escuela de enfermería del Providence Hospital en Washington.

Sus actividades enfermeras más tempranas incluyen actividades en enfermería quirúrgica, enfermera de servicio privado, miembro de personal hospitalario en unidades médico pediátricas, urgencias y como supervisora.

Orem ostentó el cargo de directora del departamento de enfermería Providence Hospital de 1940 a 1949, posteriormente, trabajo en Indiana en la *Division of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health*, ahí su meta fue mejorar el nivel de calidad en los Hospitales del estado.

En 1957, se traslado a Washington, donde trabajó en el *Office of Education*, en el *US Departemt of Health, Education and Welfare*, como asesora de programas de estudio de 1958 a 1960, trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras, lo que la llevo a preguntarse: ¿cuál es el tema principal de la enfermería? Como respuesta a esta pregunta en 1959, Orem inicio su labor como profesora colaboradora de educación enfermera en la Catholic University of America (CUA) Además trabajo como decana en funciones de la escuela de enfermería y como profesora asociada de educación enfermera. Continúo desarrollando su concepto de enfermería y autocuidado en la CUA.

El primer libro de Orem fue publicado en 1971, bajo el nombre de *Nursing Concepts of Practice*. En 1976 recibió el título honorario de *Doctor of Science*.

Entre sus fuentes teóricas, podemos mencionar que identificó su visión filosófica como una visión de realismo moderado así como en filosofía Kantiana, incluidos el imperativo categórico y la fusión del a mente y el cuerpo.

Las interpretaciones de Orem de la ciencia enfermera como ciencia práctica son básicas para entender como se recoge e interpreta la evidencia empírica.

Los supuestos básicos de la teoría de general, se formalizaron a principios de los años setenta y fueron presentados por primera vez. Orem identifica las cinco premisas subyacentes en la teoría general de la enfermería:

1. Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo a las leyes de la naturaleza.
2. La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de acción en el cuidado de uno mismo y los demás, haciendo que la sostenibilidad de vida los estímulos reguladores de las funciones.
4. La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo.
5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para ofrecer cuidado a los miembros del grupo que experimentan las privaciones, con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y a los demás.

Orem elaboró una lista de supuestos y propuestas para la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas enfermeros.

a) Teoría del Autocuidado : En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia : "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos , orientada hacia un objetivo . Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso , soledad e interacción social , prevención de riesgos e interacción de la actividad humana .

- Requisitos de autocuidado del desarrollo : promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración , prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones , en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano : niñez , adolescencia , adulto y vejez .

- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud , que surgen o están vinculados a los estados de salud .

b) Teoría del déficit de autocuidado : En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit . Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella , no pueden asumir el autocuidado o el cuidado

dependiente . Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera .

c) Teoría de los sistemas de enfermería : En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos , identificando tres tipos de sistemas :

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores : La enfermera sule al individuo.

- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores : El personal de enfermería proporciona autocuidado .

- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado , pero que no podrían hacer sin esta ayuda .

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida , recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad" . Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entrono para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionándolos con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- 1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.

- 2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.

- 3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.

4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.

5.- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar o a una persona con lesión medular en proceso de rehabilitación cómo y cuándo y por qué realizar el cateterismo vesical.

5.4 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

La ciencia de la Enfermería se basa en un amplio sistema de teorías, el PAE es el método mediante el cual se aplica este sistema a nuestra práctica profesional. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir los requisitos de la persona. Familia o comunidad.

El proceso consta de cinco fases, las cuales integran funciones intelectuales de la resolución del problema en un intento por definir las acciones de enfermería.

HISTORIA

El Proceso de Enfermería ha evolucionado, la primera en describirlo fue Hall (1955) en un inicio constó de tres etapas: valoración, planeación y ejecución.

En 1967 Yura y Wash fueron autores del primer texto donde proponían un proceso de cuatro fases, los cuales eran valoración, planificación, ejecución y evaluación, finalmente en los años setentas, personajes como Callista Roy, Mundinger y Jauron, añadieron la fase diagnóstica a este proceso, teniendo como resultado las cinco fases del PAE.

Y es así como en 1973, la ANA reconoce las cinco fases del Proceso de Enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; así como método universal que guía nuestra práctica.

Una de las características definitorias de una disciplina, profesional, es utilizar una metodología propia para resolver los problemas que le competen; la enfermería, debe cumplir este requisito. La metodología de enfermería es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

Alfaro, define a este proceso como: "Método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados."

Yura y Wash (1988) afirman que "el Proceso de Enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería: es decir el cuidado, mantener el bienestar óptimo de la persona, y si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar.

De ambas definiciones podemos concluir que el Proceso de Enfermería es una serie de pasos sistematizados para brindar cuidados.

Su objetivo primordial, es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales de la persona, familia o comunidad, este no solo es una serie de pasos a seguir para lograr nuestro fin como profesionales es una manera de interactuar con la persona, y de esta manera lograr dar un cuidado individualizado y no mecanizado.

Como todo proceso, consta de una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas, de tal forma que cada una es dependiente de la anterior y condiciona la siguiente. Estas etapas son:⁶

- Valoración: Recolectar datos objetivos y subjetivos.
- Diagnóstico: Formulación de un juicio o conclusión sobre la situación.
- Planificación: Identificación de los objetivos y de las intervenciones para lograrlos.
- Ejecución: Se refiere a la materialización de la planeación, poner en práctica el plan de intervenciones.
- Evaluación: Determinación de la eficacia de la intervención, es decir, del logro de los objetivos propuestos.

A continuación se explicara cada una de las etapas anteriores con mayor profundidad:

VALORACIÓN:

Esta etapa consta de cuatro pasos:

- Colecta de datos: Es el proceso planificado, sistematizado y completo que permite reunir información específica sobre el usuario. Los datos recolectados se pueden clasificar en:
 1. Antecedentes o actuales. Según pertenezcan al pasado o al presente.
 2. Objetivos o subjetivos: Los primeros son observables, medibles y se obtienen básicamente a través del examen físico, los segundos se refieren a ideas, sentimientos y percepciones por lo que no son comprobables ni medibles y se obtienen mediante la entrevista con el usuario y la familia.
 3. Generales o focalizados: Pueden tratarse de información básica sobre todos los aspectos relevantes del estado de salud y situación de vida del usuario.

Las fuentes de datos son diversas y entre ellas el propio usuario. Los métodos para obtener la información requerida son tres básicamente:

1. Entrevista.
2. Observación.
3. Exploración física: Es la valoración física ya sea cefalo caudal o por órganos y sistemas, mediante el uso de cuatro técnicas específicas:
 - Inspección
 - Palpación.
 - Percusión.
 - Auscultación.

⁶ MARRINER, Tomey Ann, Modelos y teorías en enfermería, 4ed. Ed. Harcourt- Brace, 1999.

- Validación de los datos: Se trata de asegurar que la información colectada en el paso anterior sea veraz y completa.
- Organización de los datos: Es la agrupación sistemática en categorías de la información obtenida y validada, para obtener una imagen clara de la situación.
- Registro de los datos: Consiste en plasmar por escrito toda la información obtenida y debe llevarse a cabo tan pronto como finalice la valoración.

DIAGNÓSTICO:

En esta etapa se pueden distinguir dos pasos, el análisis de los datos y la elaboración de inferencias e hipótesis y la formulación de los problemas detectados:

- Análisis de los datos y elaboración de inferencias e hipótesis: Se empieza por revisar la información obtenida por la entrevista y exploración física, se relacionan e interpretan; se obtiene así una imagen general en la que se puede encontrar:
 1. Problemas (reales o de riesgo) susceptibles de ser tratados en colaboración con otros profesionales.
 2. Problemas (reales o de riesgo) que requieren un abordaje independiente (diagnósticos enfermeros)
 3. Recursos personales o del entorno que parecen adecuados en esa situación correcta.
- Formulación de los problemas detectados: Pueden ser reales, potenciales, de riesgo o de salud.
 1. Diagnóstico real: Describe la respuesta de una persona a una situación de salud/ proceso vital se formulan de la siguiente manera: Problema r/c causa m/p datos objetivos y subjetivos.
 2. Diagnóstico de riesgo: Describe la respuesta a situaciones de salud/procesos vitales que pueden existir en un futuro próximo, se formula de la siguiente manera: riesgo de – problema r/c factor de riesgo.
 3. Diagnóstico de salud: Describe la respuesta del usuario que goza ya de un nivel estable de salud o bienestar y quiere alcanzar un grado mayor.

PLANIFICACIÓN:

- Fijación de prioridades: Para facilitar el establecimiento de prioridades se pueden aplicar los siguientes criterios:
 1. Problemas que amenacen la vida de la persona.
 2. Problemas que para la persona/familia sean prioritarios.
 3. Problemas que contribuyen o coadyuvan a la aparición o permanencia de otros problemas.
 4. Problemas, que por tener una misma causa puedan abordarse conjuntamente.
 5. Problemas con una solución sencilla.
- Formulación de objetivos.
- Determinación de intervenciones/actividades.
- Registro del plan.

EJECUCIÓN:

Durante esta etapa se ponen en práctica las intervenciones planificadas para lograr los resultados propuestos, consta de las siguientes sub etapas:

- Preparación para la acción.
- Realización de las actividades.
- Registro de la actuación.

EVALUACIÓN:

La evaluación formal, consta de tres pasos:

- Valoración de la situación actual del usuario.
- Comparación de la situación actual con los objetivos marcados y la emisión de un juicio o conclusión.
- Mantenimiento, modificación o finalización del plan.

Las propiedades del Proceso de Enfermería son seis:

- Intencionado.
- Sistematizado.
- Dinámico.
- Interactivo.
- Se sustenta en bases teóricas.
- Flexible.

5.5 PATOLOGIA GUILLAIN BARRE (SGB) TIPO AMAN⁷

El síndrome de Guillain- Barré es la causa más común de parálisis aguda generalizada, con una incidencia de .75 a 2 casos por cada 100.000 habitantes. La mayoría de los casos tiene un curso benigno, su mortalidad oscila entre el 3 o 18% y deja incapacidad permanente en hasta el 20% de las personas.

Con la eliminación virtual de la poliomielitis el SGB, se ha convertido en la causa más común de parálisis aguda generalizada, es una enfermedad de causa incierta que involucra a los nervios periféricos y se presenta en ambos sexos, con un ligero predominio en varones a razón de 1.5:1.

FISIOPATOLOGÍA:

⁷ LOPEZ Saca Mario, Síndrome de Guillain Barre en el Hospital Nacional Zacamil, Revista Archivo Colombiano de Medicina, 2008 pp. 41-44

Clásicamente y en base a los hallazgos patológicos inicialmente descritos, el SGB.

VARIANTES CLINICAS:

Polineuropatía Desmielinizante Inflamatoria Aguda (AIDP): afecta más a los adultos que a los niños. El 90% de los casos ocurre en occidente. Los pacientes presentan anticuerpos anti GM1, y la recuperación es rápida. Es desmielinizante. Primero ataca la superficie de las células de Schwann, provocando daño en la mielina. Hay activación de macrófagos e infiltrado linfocítico.

Neuropatía Axonal Motora Aguda (AMAN): afecta a jóvenes y adultos. Es prevalente en China y México, puede ser estacional. Rápida recuperación. Presentan anticuerpos anti GD1a. es axonal. Primero ataca los nódulos de ranvier de los nervios motores. Hay activación de macrófagos, pocos linfocitos y es frecuente la presencia de macrófagos periaxiales. Hay daño axonal extenso.

Neuropatía Axonal Motora y Sensorial Aguda (AMSAN): afecta preferentemente a adultos. Es poco común. La recuperación es lenta. Está relacionada con AMAN. Es axonal. Es similar a AMAN pero también afecta nervios sensoriales y raíces de nervios. El daño axonal es frecuentemente severo.

Síndrome de Miller Fisher (MFS): afecta a adultos y niños. Es poco frecuente (aproximadamente 5% de los casos de SGB). Causa oftalmoplejía, generalmente con parálisis pupilar; ataxia y arreflexia. Los pacientes presentan anticuerpos anti GQ1b (90%). Es desmielinizante. No se conocen muchos casos. Es similar a AIDP.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

Características requeridas para el diagnóstico

Tetraparesia progresiva
Arreflexia

Características que sustentan el diagnóstico

Progresión rápida de los síntomas (hasta 4 semanas)
Relativa simetría de los síntomas y signos
Compromiso de nervios craneanos, especialmente paresia bifacial
Síntomas y signos sensitivos leves
Recuperación que comienza 2-4 semanas después de finalizada la progresión
Disfunción autonómica
Ausencia de fiebre al inicio de los síntomas

Características de laboratorio que sustentan

fuertemente el diagnóstico

Hiperproteíorraquia
mononucleares en el LCR > 10 cel./mm³ después
de una semana
Estudio electrofisiológico compatible con
desmielinización
Exclusión de otros trastornos que causan parálisis
flácida aguda

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:⁸

El examen citoquímico de LCR, revela en más del 80 % de los casos aumento progresivo en las proteínas, la cual empieza después de los primeros días y alcanza su máximo entre las 2 y 4 semanas. En los pacientes en quienes la primera semana se encuentran proteínas elevadas, la evolución de la parálisis es menos grave que en aquellos que proteínas bajas o casi normales.

La EMG, en un inicio es normal, la ausencia de reflejo H y la onda F son anomalías más precoces, pero aún de realizar la EMG en múltiples nervios, el diagnóstico solamente es posible en la mitad de los pacientes, y no antes del día 5 del comienzo del síndrome pero más adelante se aprecian los signos de desmielinización segmentaria a saber de la velocidad de conducción nerviosa.

TRATAMIENTO:

En los estadios iniciales los pacientes deben ser vigilados estrechamente por la posibilidad de insuficiencia respiratoria incipiente, por ello se recomienda canalizarlos a una unidad de terapia intensiva.

El tratamiento de los pacientes con SGB, debe ser integral y cubrir las siguientes áreas: tratamiento de la disfunción inmunológica, manejo de la falla ventilatoria, manejo de la disfunción autonómica, soporte nutricional, manejo del dolor, prevención de la trombosis venosa profunda, inicio temprano de la rehabilitación, soporte psicológico y terapia ocupacional.⁹

Tratamiento de la disfunción inmunológica: Se han llevado a cabo una serie de estudios clínicos a fin de establecer el beneficio de los diferentes tratamientos en el SGB.

PLASMAFERESIS: Es un procedimiento que consiste en la extracción de plasma del paciente y reemplazarlo con albúmina humana o plasma fresco obtenido de donantes. Se comenzó a utilizar en la década pasada con el fin de retirar del organismo de los pacientes los factores patológicos del plasma, a diferencia de los corticoesteroides se ha demostrado que usando esta terapia se reduce el uso de ventilación mecánica y estancia hospitalaria.

En la Plasmaferesis usualmente se remueve un total de 200 a 250 mL de plasma por kilo de peso corporal en 4 a 6 sesiones en días alternos.

⁸ VELEZ Hernán, Fundamentos de medicina, Neurología, Corporación para investigaciones biológicas, 6 ed, Colombia 2002.

⁹ CASTILLO F. Luis, Cuidados Intensivos Neurológicos, Mediterraneo, Chile 2004 pp.447-452.

INMUNOGLOBULINA INTRAVENOSA: Los mecanismos de esta terapia son hipotéticos, pero incluyen inducción de la actividad de células T supresoras, síntesis de anticuerpos antidiotipo, reducción de la producción de anticuerpos por linfocitos B, reducción de la liberación de citocinas, inhibición y neutralización de los efectos mediados por el sistema del complemento y bloqueo de los receptores Fc en macrófagos.

Esta terapia es efectiva al igual que la Plasmaferesis, sin embargo se recomienda en etapas tempranas del padecimiento.

CORTICOESTEROIDES: Teóricamente, los corticoesteroides podrían reducir la producción de anticuerpos antimielina al igual que la activación linfocitos T y B. sin embargo en los últimos ensayos no se ha demostrado la utilidad de esta terapia.¹⁰

MANEJO DE FALLA VENTILATORIA: Los pacientes deben ser intubados cuando su capacidad vital caiga por debajo de 15 mL/ kg o cuando inicien con dificultad para el manejo des secreciones, la mayoría de las veces debe iniciarse con VM de modo asistido, sin embargo si el paciente aun conserva algún esfuerzo respiratorio el modo será SIMV, la mayoría de los pacientes requerirá VM por cuatro semanas.

MANEJO DE LA DISFUNCIÓN AUTONÓMICA: Estas pueden presentarse como arritmias, alteraciones de la presión sanguínea, desorden de la motilidad vesical y gastrointestinal, y de manifiesta por una hiperactividad simpática que por lo general es autolimitada y bien tolerada, en caso de requerirse tratamiento de recomienda el uso de agentes farmacológicos que tengan una vida media corta (alfa o beta bloqueadores) ya que estos pacientes se muestran lábiles ante su efecto terapéutico.

SOPORTE PSICOLÓGICO, TERAPIA FISICA Y OCUPACIONAL: El apoyo debe ser para el paciente y para el familiar, se debe dar una explicación sobre la enfermedad y lo que ella implica, se debe implementar un sistema de comunicación.

PROFILAXIS DE TROMBOSIS VENOS PROFUNDA: Además los dispositivos de compresión gradual sobre miembros inferiores, se ha recomendado el uso de heparina subcutánea,

SOPORTE NUTRICIONAL: Debido a que la insuficiencia respiratoria o cardiaca, el trauma o infección incrementan los requerimientos metabólicos, para evitar que se desencadene un proceso catabólico que incrementara severamente el riesgo de infección.

INICIO TEMPRANO DE LA REHABILITACIÓN: La terapia física debe iniciar desde temprano por qué ayuda significativamente a la prevención de contracturas, atrofia muscular y éstasis venosa, a la vez que contribuye a la sensación de bienestar del paciente, la terapia no debe sobre fatigar la unidad motora, pues si esto ocurre se ocasionara una debilidad paradójica.

Otro de los objetivos de la rehabilitación temprana incluyen la prevención de las úlceras de decúbito, el acortamiento de los tendones, la parálisis por compresión del nervio peróneo y el mal alineamiento articular, así como una adecuada terapia respiratoria, indispensable para evitar el acumulo de secreciones en la vía aérea.

MANEJO DEL DOLOR: El dolor es muy común en pacientes con este síndrome, este puede ser refractario a los analgésicos simples, y con frecuencia no responden a la administración de AINES, excepto en algunos casos como con el ketorolaco, sin

¹⁰ Plasmaferésis en el SGB, Gaceta Médica de México Vol. 138 No. 6 2002.

embargo se ha reportado un significativo beneficio con la administración de metilprednisolona.

Entre las nuevas propuestas de tratamiento se menciona el someter a los pacientes a un tratamiento de inmuno-adsorción del plasma, utilizando columnas impregnadas de triptófano o fenilalanina como alternativa frente a la Plasmaferesis.

6. METODOLOGÍA

6.1 ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN.

El objetivo del estudio de caso significa estudiar la particularidad y complejidad de un caso en específico, para llegar a comprender su singularidad e importancia.

Las estrategias para la realización fueron:

1. Selección de la persona.
2. Entrevista con la persona y familiar / cuidador primario.
3. Consulta de expediente y enlace de turno para recabar información sobre la mejoría de su padecimiento.
4. Trabajar con la persona.
5. Consulta de bibliografía y páginas web.

Cabe mencionar que el estudio de caso es un tipo de investigación social, y no muy precisa, busca desarrollar teorías con consecuencias verificables empíricamente. Sin embargo, la lógica de la metodología es distinta entre ellos en cuanto a la selección de muestras, la operacionalización de variables y el uso de la inferencia.

El estudio de caso pretende:

1. Describir el objeto o fenómeno - no solamente su aspecto externo pero también su estructura interna, y quizás también su desarrollo anterior.
2. Explicar las razones porque es el objeto como es, o su desarrollo anterior.
3. Predecir el futuro del objeto.
4. Planear las mejoras al objeto o a otros objetos similares, o reunir opiniones sobre él, es decir un acercamiento normativo.

6.2 SELECCIÓN DE CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN.

El estudio de caso que a continuación se presenta, se realizó durante la primera rotación en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía en el servicio de neurología – 3 er. Piso, se aplico a una persona con padecimiento de Guillain Barre de tipo AMAN.

Se seleccionó a dicha persona dado que presenta una patología poco común con un índice de ingreso 2:23 respecto de otros padecimientos como EVC, en hospitalización neurológica.

En la actualidad existen diversas publicaciones sobre el tema sin embargo, la mayoría de ellas se aboca a tratar la patología, así como la controversia sobre su tratamiento y como ayuda la electrofisiología en el padecimiento; en su mayoría estas investigaciones han sido realizadas en países como Chile, Colombia, Cuba y Estados Unidos y bajo una línea de investigación médica ya que ningún artículo consultado reporta cuidados hacia personas adultas que presentan este padecimiento.

La obtención de información fue a través de:

- Trato directo con el paciente.
- Entrevistas con el familiar.
- Consulta del expediente clínico.
- Visitas médicas.
- Enlace de turno
- Hojas de enfermería.

En lo referente al trato directo con la persona, resultó un tanto complicada debido a que presentaba dificultades para ello puesto que se encontraba intubado y le era imposible comunicarse mediante mímica debido a la flacidez en su cuerpo, sin embargo coopero bastante al brindar información, se estableció una relación empática enfermera-persona.

6.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

...”Ofrezco no hacer nada contrario a la ética de mi profesión... nada que a sabiendas perjudique a mis enfermos... nada que desprestigie mi uniforme ni mi nombre...”¹¹

Al establecer una relación directa con la persona y al ser Enfermería una profesión no podemos dejar de lado los aspectos éticos y bioéticos que engloba nuestra praxis.

Es importante aclarar la importancia de la ética en el área de la salud, ya que es ella quien se ocupa de los derechos, deberes y obligaciones esto nos lleva a que existen normas y o códigos que guían nuestra práctica y enfatizan que debemos tratar al “*paciente*” como persona.

¹¹ Fragmento del código de ética.

El origen del código de ética se remonta a 1893, con el juramento de enfermería de Nightingale, el cual mencionaba: “practicar la profesión con fidelidad, abstenerse de hacer daño al paciente, elevar el buen nombre de la profesión, guardar el secreto profesional y dedicarse enteramente a quienes tienen que dedicarse a cuidar”¹². Este juramento ha sido una guía, un código de ética profesional para las enfermeras.

En 1953, el Consejo Internacional de Enfermeras publicó el primer código de ética en Enfermería, y fue en 1973 cuando se revisa y aplica en nuestro país.

La formación de la enfermera a nivel de pre y postgrado debe dar más énfasis a la ética y bioética, esta formación apunta a una atención de calidad y con calidez a la persona, familia y comunidad, para promover el autocuidado, la promoción y fomento de la salud, la prevención de las enfermedades y la recuperación y rehabilitación de la salud, respetando su dignidad, sus derechos y su entorno.

La dimensión ética de la práctica de enfermería se hace más evidente en la medida que la enfermera actúa en situaciones clínicas, sociales y de investigación de mayor complejidad. Como respuesta a estos nuevos retos el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) expresa claramente los cuatro principios fundamentales de la responsabilidad ética de la enfermera:

- Mantener y restaurar la salud
- Evitar las enfermedades
- Respeto por la vida, la dignidad y los derechos humanos
- Relaciones de la enfermera con sus colegas, con otros profesionales, con la sociedad y con la profesión.

Por consiguiente la enfermera tiene el compromiso social cuidar a la persona, familia y comunidad con calidad humana para evitar la mala práctica y la mediocridad.

Por lo anterior es imposible separar la ética de nuestra profesión, para ello está presente el código de ética, que nos va a permitir una aproximación al sujeto de cuidado en forma más comprensiva que explicativa; es una interpretación integrada de los factores que influyen en la situación de salud de la persona o grupo; se evidencia la importancia de la relación interpersonal enfermera - sujeto de cuidado, que permite diseñar y ejecutar acciones de autocuidado y de cuidado profesional. Las actividades profesionales implican dilemas de naturaleza ética debido a los avances tecno-científicos en la atención en salud, a los cambios sociales como el multiculturalismo, pluralismo moral por consiguiente los cuidados de la salud constituyen una actividad moral por su propia naturaleza.

En un sentido metafísico el cuidado se refiere a una estructura originaria del ser del hombre, mientras que en un sentido ético, el cuidado se refiere al deber ser, dimensión que se desprende de la anterior y que atañe a la responsabilidad profesional, en este caso de la enfermería.

Por lo anterior podemos concluir que los cuatro deberes fundamentales de las enfermeras son: promover la salud y la vida, prevenir la enfermedad, restaurar la salud

¹² Nightingale 1893.

y aliviar el sufrimiento, en base a este eje se basa la importancia de la bioética ya que vela en todo momento por el respeto de los derechos humanos.¹³

En este caso clínico no podían excluirse estos aspectos ya que el brindar cuidados implica respeto por la persona que tenemos a nuestro cuidado, en este trabajo se le informó a la persona sobre la finalidad del trabajo así como se le pidió su autorización para la realización del mismo.

Durante toda la elaboración del trabajo se aplicaron los principios bioéticos del código deontológico como lo son:

- Confidencialidad.
- Respeto
- Beneficencia.
- Honestidad.

Basándonos en lo anterior se elaboró un consentimiento informado, donde se solicita el permiso de la persona para aplicar este estudio de caso, el cual se encuentra en los anexos.

7. PRESENTACIÓN DEL CASO.

7.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO.

- FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: Memije Díaz José Luis. Edad: 40 años. Fecha de Nacimiento: 10. 08.1972
Estado Civil: Viudo /Soltero Escolaridad: Primaria completa

Ocupación: Obrero. Reside: Morelos

- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: los desconoce.
- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: Refiere tabaquismo y alcoholismo ocasional, este último sin llegar a la embriaguez, hace un año estuvo hospitalizado por intoxicación por monóxido de carbono, padece elevación de ácido úrico (hiperuricemia) desde hace 10 años.

La persona Ingresa el 20 de Agosto del 2011 al servicio de urgencias, referido del Hospital General de México, al cual ingresó por sentir debilidad en miembros pélvicos, la cual progreso hasta impedir su deambulación, llega al Instituto debido a que presenta datos de dificultad respiratoria, por lo cual se intuba a la persona, quien presenta neumonía, se corrobora con una placa de tórax, mostrando focos múltiples. La persona es referida al servicio de Terapia Intensiva y posteriormente al servicio de Neurología.

VALORACIÓN FÍSICA:

¹³ Code of Ethics for Nurses www.inc.ch 6.01.12 8:36

La valoración se realizó, en los últimos días de Agosto durante mi rotación por el servicio de Neurología.

Se trata del señor Memije Díaz José Luis con un diagnóstico de Guillain Barre de tipo AMAN, la persona presenta edad aparente a la cronológica, se encuentra despierto, alerta, orientado, entiende y obedece ordenes, emite lenguaje no audible.

Cráneo normocefalo, cabello bien implantado, pupilas reactivas a la luz, reflejo consensual presente, nariz bien implantada, coanas permeables, con sonda nasogástrica, abierta para alimentación, mucosas orales semi hidratadas, piezas dentales completas, úvula central, palatinos simétricos, con halitosis, lesiones en comisuras bucales y con presencia de tubo orotraqueal y afección del IX nervio craneal (Glossofaríngeo).

Cuello cilíndrico, con estoma de traqueotomía sin sangrado, tráquea desplazable sin megalias aparentes, ruidos cardiacos rítmicos en intensidad y frecuencia, campos pulmonares con presencia de estertores roncales, se encuentra bajo apoyo de ventilación mecánica en modo CPAP con un PS: 15, PEEP: 6, FiO2: 35.5, VC: 800 ml.

Abdomen blando depresible, con ruidos peristálticos disminuidos (18 x'), presenta gastrostomía funcional sin datos de sangrado o infección, genitales sin alteraciones, presenta sonda vesical a derivación, la cual se encuentra funcional y drenando orina de color, olor densidad y cantidad normal.

Miembros torácicos con una calificación de 2/5, con catéter largo en miembro de lado derecho y miembros pélvicos 0/5 en escala de fuerza, con flogosis a nivel de rodilla izquierda.

8. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

8.1 VALORACIÓN.

La valoración se realizó en el servicio de Neurología, respetando a la persona en su totalidad.

Para llevar a cabo la valoración, se empleo el instrumento de Valoración Neurológica de Enfermería el cual contiene implícito nuestro actuar científico que es el Método Enfermero y el Modelo de Dorothea Orem, así como otras herramientas; entre ellas, observación, consulta de expediente y enlace de turno.

VALORACIÓN POR REQUISITOS (DOROTHEA OREM)

1. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE.

La persona inició su padecimiento actual con cansancio y debilidad en miembros pélvicos, lo que progresa a imposibilitarlo para la realización de sus actividades de la vida diaria; dadas las condiciones de su padecimiento actual se encuentra confinado a su cama y poli invadido (catéter largo en Mtd. y AVM por presencia de disnea) por lo que no realiza ningún tipo de actividad, sin embargo si se fatiga debido al estrés que le genera el estar hospitalizado.

Anteriormente si fumaba de 3 a 4 cigarrillos al día (Como antecedente la persona tiene 21 años de fumador) de igual forma convivía con fumadores

FC: 70X' FR: 20 X' TA: 100/70 mmHg. T: 36.7 °C PUPILAS: simétricas con respuesta GLASGOW: 9

Coloración de piel normal, se encuentra con AVM

2. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA.

La persona ha perdido peso desde su ingreso al hospital, su dieta es líquida y se administra por SNG o gastrostomía.

Su piel se encuentra poco turgente, mucosas orales semihidratadas y con lesión en comisura labial.

3. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS

La persona se alimenta a través de gastrostomía, su dieta es Peptamen y jugo de arándano.

En cuanto a su cavidad oral: mucosas orales semihidratadas presenta piezas dentales completas, con presencia de caries en 2 molar inferior de lado derecho, abundante placa dentobacteriana y halitosis, presenta afección del IX.

4. PROVICIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS A LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCRECIÓN.

La persona ha presentado cuadros recurrentes de distensión abdominal y cuadros de estreñimiento, cuando evacua, las heces son escasas y duras.

En cuanto a la eliminación vesical, tiene sonda a derivación, la cual drena orina en cantidad densidad y olor normal.

5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO.

Debilidad en todas las extremidades, se encuentra en su cama, no presenta datos de UPP (Úlceras por Presión), maneja un nivel de estrés elevado debido a su padecimiento y tiempo de hospitalización, y por el ventilador ya que le da miedo que este deje de funcionar, por esas razones tiene dificultad para conciliar y mantener el sueño.

6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOCIEDAD E INTERACCIÓN SOCIAL

Anteriormente la persona vivía con sus padres, hermana e hijo y era quien aportaba sustento económico por el momento recibe visitas frecuentes de su hermana.

Tiene dificultad para la comunicación debido a que no emite palabras ya que esta con traqueotomía.

7. PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES HUMANAS CONOCIDAS Y EL DESEO HUMANO DE SER NORMAL.

La persona se encuentra hospitalizada, se siente preocupado por su hijo y por su salud así como su futuro en especial siente inquietud por si podrá seguir trabajando.

8. PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANO.

Tiene antecedentes de tabaquismo y alcoholismo, está cursando por una neumonía.

8.2 JERARQUIZACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS.

En base a la valoración y su análisis, se jerarquizaron los requisitos según la importancia que tiene para la persona:

- i. **Mantenimiento de un aporte suficiente de aire:**

- La persona se encuentra con apoyo de VM.
- Tiene traqueotomía.
- Abundantes secreciones espesas.

- ii. **Mantenimiento de un aporte suficiente de agua:**

- Mucosas semihidratadas.
- Piel poco turgente.
- Alteración del IX nervio craneal.

- iii. **Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos:**

- No tolera vía oral.

- iv. **Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos:**

- No controla esfínteres.

v. **Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo:**

- Presenta cuadriparecia.
- Flogosis en rotula derecha.
- Temor y ansiedad ante el ventilador.
- Facies de cansancio.

vi. **Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad e interacción social:**

- Se siente desesperado respecto a su padecimiento.

8.3 APLICACIÓN DEL PAE (DIAGNÓSTICOS, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN)

I. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE.

Diagnóstico 1. Alteración de la oxigenación r/c compromiso de músculos respiratorios m/p disnea, desaturación, datos de dificultad respiratoria y estertores roncales.

Sistema: Totalmente Compensatorio.

OBJETIVO:	Favorecer la oxigenación.
INTERVENCIÓN:	Mantener saturación igual o superior a 97%.
ACCIONES:	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo de saturación de oxígeno. • Vigilar patrón respiratorio. • Brindar posición semifowler. • Toma de gasometría.

EVALUACIÓN.

La persona manejo una SatO₂ de 98 – 99% las secreciones disminuyeron notablemente, su gasometría arterial se mostró estable:

Fi O ₂	21
pH	7.4mmHg.
Pco ₂	35mmHg.
PO ₂	43.4mmHg.

Diagnóstico 2. Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c proceso infeccioso de vías respiratorias bajas m/p abundantes secreciones amarillentas y espesas.

Sistema: Totalmente Compensatorio.

OBJETIVO:	Mantener la vía aérea libre de secreciones.
INTERVENCIÓN:	Mantener vía aérea permeable.
ACCIONES:	<ul style="list-style-type: none">• Auscultar a la persona.• Vigilar constantes vitales.• Aspiración de secreciones.• Fisioterapia pulmonar.• Ministración de mucolíticos y antibiótico (salbutamol c/4 hrs en micro nebulización y Amikacina 1 gr. IV c/24)

EVALUACIÓN:

Se mantuvo la vía aérea libre de secreciones; se realizó nuevamente un cultivo de secreción bronquial el cual se mostraba ya sin crecimiento bacteriano.

II. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA.

Diagnóstico 3. Riesgo de deshidratación severa r/c incapacidad para deglutir líquidos.

Sistema: Totalmente Compensatorio.

OBJETIVO:	Evitar datos de deshidratación.
INTERVENCIÓN:	Hidratar a la persona.
ACCIONES:	<ul style="list-style-type: none">• Valorar hidratación de piel y mucosas orales.• Realizar balance de líquidos.

EVALUACIÓN: Inicialmente las mucosas se mostraban semihidratadas y la piel poco turgente debido a falta de líquidos a la persona, posteriormente y con previa consulta con el personal médico y de nutrición se ministraron líquidos a libre demanda, los beneficios de esta acción se vieron reflejados en que mejoró la hidratación de mucosas y la piel se torno mas turgente, otro dato que corrobora la efectividad de las acciones fue el control de líquidos se obtuvieron balances positivos (+ 83 - +150).

III. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS:

Diagnóstico 4. Alteración de la deglución r/c afección del IX nervio craneal m/p disfagia.

Sistema: Totalmente Compensatorio.

OBJETIVO:	Brindar alimentos a la persona mediante medios externos.
INTERVENCIÓN:	Alimentar a la persona.
ACCIONES:	<ul style="list-style-type: none"> • Ministran dieta pre-escrita por sonda nasogástrica y EDUCAR al familiar sobre el uso y manejo de gastrostomía. • Medir residuo gástrico.

EVALUACIÓN: La explicación se brindó en tres ocasiones al familiar y persona, se preguntó si tenían dudas a los cuales ellos respondieron que no (el familiar verbalmente y la persona cerrando los ojos una vez) esto se corroboró con el familiar pidiéndole que realizara el procedimiento y lo hizo correctamente, lo cual fue favorable ya que esto indica que aun estando en su hogar le brindara los cuidados adecuados.

Diagnóstico 5. *Riesgo de desequilibrio nutricional r/c imposibilidad para la deglución por afección del IX nervio craneal.*

Sistema: Totalmente Compensatorio.

OBJETIVO:	Evitar desequilibrio nutricional.
INTERVENCIÓN:	Aportar nutrientes a la persona.
ACCIONES:	<ul style="list-style-type: none"> • Pesar semanalmente a la persona. • Medir perímetros. • Administración de dieta. • Toma de glicemia capilar.

EVALUACIÓN: Durante el tiempo de hospitalización y previa a la valoración por el personal adecuado se prescribió una dieta que satisficiera las necesidades de la persona, por parte de enfermería se ministro esta dieta, y líquidos para evitar que la persona presentara una desnutrición, al pesar a la persona se observó que perdió 3 kilos de peso en su estancia hospitalaria, lo cual no representaba un riesgo, en pesos posteriores se mantuvo dentro de parámetros aceptables.

IV. PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS A LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCRESIÓN.

Diagnóstico 6. *Estreñimiento r/c disminución de la motilidad intestinal m/p disminución de ruidos peristálticos y cuadros recurrentes de distensión abdominal.*

Sistema: Totalmente Compensatorio.

OBJETIVO:	Regular las evacuaciones de la persona.
INTERVENCIÓN:	Aumentar la motilidad intestinal.
ACCIONES:	<ul style="list-style-type: none"> • Masaje a marco cólico. • Ministran líquidos. • Ministran senosidos.

EVALUACIÓN: Al cabo de dos días la persona logró evacuar sin dificultad, las heces fueron normales en cantidad y aspecto, con esto disminuyó considerablemente la distensión abdominal y la persona me mostró más cómoda.

Diagnóstico 7. *Riesgo de infección de vías urinarias r/c manipulación inadecuada de sonda vesical(s/f).*

Sistema: Totalmente Compensatorio.

OBJETIVO:	Evitar una infección.
INTERVENCIÓN:	Evitar una infección de vías urinarias.
ACCIONES:	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar cuidados y manipulación adecuada a sonda vesical.

EVALUACIÓN: La sonda permaneció funcional, la persona no presentó datos de IVU.

V. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO.

Diagnóstico 8. *Alteración del movimiento y postura r/c afección de nódulos de ranvier m/p imposibilidad para la movilización y deambulación (paraplejía).*

Sistema: Apoyo / Educación.

OBJETIVOS:	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar síndrome de desuso. • Evitar problemas de circulación.
INTERVENCIÓN:	Movilizar a la persona.
ACCIONES:	<ul style="list-style-type: none"> • Asistir en actividades. • Cambios posturales. • Realizar ejercicios pasivos.

EVALUCACIÓN: La persona no presentó contracturas, espasticidad o adoptó ninguna postura viciosa en caso de manos y pies.

Diagnóstico 9. *Dificultad para conciliar el sueño r/c ansiedad por hospitalización m/p insomnio y facies de cansancio.*

Sistema: Apoyo / Educación.

OBJETIVO:	Lograr que la persona concilie el sueño.
INTERVENCIÓN:	Mejorar la calidad de sueño.
ACCIONES:	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar técnicas de relajación. • Ministración de fármacos ansiolíticos.

EVALUACIÓN: La persona continuó presentando dificultad para lograr un sueño reparador, se re-evaluó este aspecto y se encontró que lo que le impedía conciliar el sueño era la ansiedad que le causaba el miedo a que el ventilador al cual estaba asistido dejara de funcionar.

Diagnóstico 10. Riesgo de síndrome de desuso r/c estancia prolongada en cama y falta de movilización.

Sistema: Totalmente Compensatorio.

OBJETIVO:	Evitar síndrome de desuso.
INTERVENCIÓN:	Alinear segmentos corporales.
ACCIONES:	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar ejercicios pasivos. • Colocar dispositivos para alinear segmentos corporales. • Ejercicios empleando diversas texturas para trabajar sensibilidad.

EVALUACIÓN: Durante su estancia hospitalaria no adoptó posiciones incorrectas, el familiar continuó realizando la rutina de ejercicios pasivos, al ser dado de alta lo canalizaron con el servicio de rehabilitación, y continuo dando seguimiento a este aspecto.

Diagnóstico 11. Riesgo de desarrollo de UPP r/c estancia prolongada en cama.

Sistema: Totalmente Compensatorio.

OBJETIVO:	Evitar formación de UPP.
INTERVENCIÓN:	Mantener integro el sistema tegumentario.
ACCIÓN:	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar y evitar factores que permitan su desarrollo. • Mantener piel limpia y seca. • Humectar la piel. • No dar masaje en prominencias óseas. • Cambios posturales cada dos horas.

EVALUACIÓN: Durante la estancia hospitalaria no presentó UPP.

VI. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOCIEDAD E INTERACCIÓN SOCIAL.

Diagnóstico 12. Alteración de la comunicación verbal r/c vía aérea artificial m/p imposibilidad para emitir lenguaje verbal audible.

Sistema: Parcialmente Compensatorio.

OBJETIVO:	Establecer una forma de comunicación con la persona.
INTERVENCIÓN:	Establecer una comunicación efectiva.
ACCIÓN:	<ul style="list-style-type: none">• Solicitar la ayuda de la familia en la comprensión de la persona, si procede.• Dar órdenes simples.• Utilizar frases cortas.• Estar de pie delante de la persona al hablar.• Utilizar cartones con dibujos.• Proporcionar un refuerzo y una valoración positiva.

EVALUACIÓN: Al implementar estos dos medios la comunicación se tornó efectiva.

Diagnóstico 13. Afrontamiento individual/familiar ineficaz r/c padecimiento actual m/p facies de angustia, hipertensión y diaforesis/verbalización.

Sistema: Parcialmente Compensatorio.

OBJETIVO:	Que la persona y familia entiendan y acepten en curso y evolución de su padecimiento.
INTERVENCIÓN:	Educar a la persona y familia sobre el padecimiento.
ACCIÓN:	<ul style="list-style-type: none">• Brindar información adecuada a la persona y familia sobre el padecimiento en un lenguaje adecuado.• Resolver dudas al respecto.

EVALUACIÓN: Tanto la persona como el familiar se mostraron más tranquilos, en la persona las disautonomías fueron menores en especial durante la visita médica y cada vez que era sometido a algún procedimiento diagnóstico o de tratamiento.

Diagnóstico 14. Inefectividad en la ejecución de su rol r/c hospitalización de urgencia m/p ansiedad e inseguridad.

Sistema: Apoyo/Educación.

OBJETIVO:	Disminuir la inseguridad en la persona.
INTERVENCIÓN:	Brindar seguridad a la persona.
ACCIONES:	<ul style="list-style-type: none">• Ayudar a la persona a que asimile y sobre todo a que acepte el proceso por el que esta cursando.

EVALUACIÓN: La persona se mostró más tranquila, ya que el aspecto que más le preocupaba era el saber si algún día se recuperaría o no, al hablarle del tratamiento y recuperación, se notó más tranquilo y cooperador.

Diagnóstico 15. *Disturbio del autoconcepto r/c perdida de su rol y cambios físicos m/p ansiedad y periodos de enojo.*

Sistema: Apoyo / Educación.

OBJETIVO:	Asimilar y aceptar su padecimiento.
INTERVENCIÓN:	Ayudar a que lo acepte.
ACCIONES:	<ul style="list-style-type: none">• Brindar información sobre los cambios que esta viviendo y la evolución que tendrá.

EVALUACIÓN: Mostró mejoría en su estado anímico.

Diagnóstico 16. *Ansiedad r/c enfermedad en fase aguda m/p dificultad para conciliar el sueño, facies de cansancio y angustia.*

Sistema: Apoyo / Educación.

OBJETIVO:	Lograr que concilie el sueño.
INTERVENCIÓN:	Disminuir la ansiedad.
ACCIÓN:	<ul style="list-style-type: none">• Como se menciona anteriormente , uno de los factores que impedían que la persona conciliara el sueño era el miedo que tenia respecto a que el ventilador dejara de funcionar, por esta razón se explico sobre la confiabilidad de el funcionamiento de dicho dispositivo.

EVALUACIÓN: La persona se sintió más tranquila, se interrogó que si sentía miedo después de haberle explicado como funcionada el ventilador y el por qué de los sonidos y respondía que no, sin embargo continuó teniendo dificultad para conciliar el sueño ya no por angustia o miedo respecto al ventilados, sino porque le molestaba el ruido que generaban los dispositivos como otros ventiladores, bombas de infusión etc.

VII. PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO ANTE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO A LAS LIMITACIONES HUMANAS CONOCIDAS Y EL DESEO HUMANO DE SER NORMAL.

Diagnóstico 17. *Disposición para mejorar su autoconcepto r/c proceso de asimilación de su padecimiento.*

Sistema: Apoyo / Educación.

OBJETIVO:	Concientizar sobre el proceso de recuperación.
INTERVENCIÓN:	Motivar a la persona y familia para llevar a cabo el plan de cuidados en el hogar.
ACCIÓN:	<ul style="list-style-type: none"> • Hablar sobre el proceso de recuperación, elaborar un plan de alta y explicar los beneficios que este tendrá si participan en el de manera adecuada y constante.

EVALUACIÓN: Ambos se mostraron con mejor ánimo, y mostraron interés en llevar a cabo todos los cuidados necesarios para el proceso de rehabilitación.

VIII. PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANO.

Diagnóstico 18. Higiene corporal deficiente r/c paraplejia m/p imposibilidad para realizar actividades de higiene personal por sí mismo.

Sistema: Totalmente Compensatorio.

OBJETIVO:	Brindar higiene adecuada.
INTERVENCIÓN:	Mantener aseada a la persona.
ACCIONES:	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar baño de esponja. • Realizar colutorios. • Hidratar la piel.

EVALUACIÓN: Al llevar a cabo estas actividades, la persona se mostró más tranquila, relajada y cómoda,

Diagnóstico 19. Higiene bucal deficiente r/c tubo orotraqueal de permanencia prolongada m/p halitosis, lesiones en mucosas orales y abundante placa dental.

Sistema: Totalmente Compensatorio.

OBJETIVO:	Mejorar higiene dental.
INTERVENCIÓN:	Mantener adecuada higiene dental.
ACCIONES:	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar colutorios dos veces por turno. • Proteger comisuras labiales.

EVALUACIÓN: La placa dentobacteriana disminuyó considerablemente, las laceraciones mejoraron considerablemente y no se formaron nuevas.

Diagnóstico 20. Riesgo de infección r/c polinvasión.

Sistema: Totalmente Compensatorio.

OBJETIVO:	Evitar infección por dispositivos invasivos.
INTERVENCIÓN:	Correcta manipulación y uso de los mismos.
ACCIONES:	<ul style="list-style-type: none">• Vigilar datos de infección.• Realizar curación de catéter.• Realizar curación de estomas.• Aspirar secreciones.

EVALUACIÓN: Durante su estancia hospitalaria, la persona no presentó datos de infección en alguno de los dispositivos de invasión, estos permanecieron funcionales.

9. PLAN DE ALTA

Uno de los objetivos que pretende este estudio de caso, es no limitar los cuidados de enfermería de alta especialidad en el ambiente intra hospitalario, si no también trasplantarlos a el hogar de la persona. Esto con el fin de que esta inicie un proceso de rehabilitación en el que participen de manera activa él y su cuidador primario e incluso el resto de la familia, teniendo como piedra angular del plan de alta la educación y de esta forma tener un proceso de recuperación completo para que de esta manera la persona pueda adaptarse a su vida cotidiana lo más pronto como el curso de la enfermedad lo permita.

Vale la pena mencionar que el señor José se encontraba en una situación de pre alta hospitalaria, así que para la realización del plan de alta se realizó una nueva valoración, empleando nuevamente el instrumento de enfermería neurológica (ver anexos) obviamente se obtuvieron datos sumamente diferentes respecto al primer instrumento de evaluación, esta vez la persona fisiológicamente se encuentra estable, los problemas que se detectaron inicialmente se solucionaron oportunamente, en la fase de planeación y ejecución de las intervenciones y acciones de enfermería, obteniendo resultados satisfactorios; sin embargo y teniendo en cuenta que según el curso natural del Síndrome de Guillain Barre la recuperación completa será de un año aproximadamente y de los riesgos que existen respecto a morbo y mortalidad e incluso motivos de reingreso hospitalario, consultados en diferentes artículos científicos se decide establecer un plan de alta para así evitar riesgos que causen una complicación en la persona y para brindarle las herramientas necesarias para que logre su independencia y se reintegre a su vida diaria.

9.1 VALORACIÓN

Esta valoración se realizó durante la segunda semana de septiembre, el día que egreso el señor José a su domicilio.

El señor José con un diagnóstico de Síndrome de Guillain Barre tipo AMAN, de edad aparente a la cronológica, se encuentra alerta, orientado en sus tres esferas, entiende y obedece ordenes (se le pide que abra y cierre los ojos, que realice gesticulaciones que mueva los dedos de las manos), continua emitiendo lenguaje no audible.

Cráneo normocefalo, cuero cabelludo sin laceraciones, cabello bien implantado, pupilas simétricas con respuesta, con reflejo consensual, fotomotor y pupilar normales,

narinas bien implantadas, coanas permeables, cavidad oral hidratada, piezas dentales completas, úvula central y palatinos simétricos, con fuerza disminuida en la lengua.

Cuello cilíndrico con traqueotomía, estoma sin sangrado ni datos de infección, escasas secreciones blanquecinas, tórax simétrico, con ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia, campos pulmonares ventilando adecuadamente.

Abdomen blando y depresible, con ruidos peristálticos presentes (22 x'), con gastrostomía abierta a alimentación, estoma limpio sin presencia de secreciones hemáticas y/o purulentas, genitales sin alteración.

Miembros torácicos íntegros con una calificación de escala de fuerza 2/5, miembros pélvicos íntegros con ligera presencia de pie equino varo con calificación de 0/5.

9.2 VALORACIÓN POR REQUISITOS (DOROTHEA OREM)

1. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE.

La persona está con traqueotomía, con escasas secreciones blanquecinas, su piel presenta buena coloración.

FC. 68 X' FR. 21 X' TA. 110/70 mmHg. T. 36.4 °C PUPILAS. SCR.

2. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA.

Su piel se encuentra hidratada, al igual que la cavidad oral.

3. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE DE ALIMENTOS.

La persona depende de una gastroclisis para alimentarse, debido a la afección del IX nervio craneal, inicio dieta con papillas la ha tolerado bien.

4. PROVICIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS A LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN.

Debido a la paraplejia de la persona no puede satisfacer por si mismo este requisito, sin embargo continua refiriendo dificultad para la evacuación.

5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTER LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO.

La persona continua siendo totalmente dependiente de su cuidador para su movilización, en miembros pélvicos presenta discretamente pie equino, las facies de cansancio aun están presentes.

6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOCIEDAD E INTERACCIÓN SOCIAL.

La persona refiere sentirse feliz por regresar a su domicilio con su familia y a la vez con “poquito miedo” y nervios por que no sabe si lo cuidaran de la misma manera.

7. PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES HUMANAS CONOCIDAS Y EL DESEO HUMANO POR SER NORMAL.

La preocupación es menor en la persona.

8. PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANO.

Tiene antecedentes de tabaquismo y alcoholismo, tiene traqueotomía.

9.3 ANÁLISIS.

Mediante la realización de una segunda valoración, se obtienen datos que nos orientan hacia qué aspectos considerar prioritarios en la realización del plan de alta, lo que sugiere elaborar el mismo enfocado principalmente en:

1. Cuidados de traqueotomía.
 2. Cuidados a gastrostomía
 3. Facilitar la comunicación
 4. Cuidados respecto a problemas de movimiento. (realización inicial de ejercicios pasivos, y en cuanto este indicado iniciar con ejercicios de rehabilitación que le permitan recuperar la fuerza)
- { Uso correcto
 de dispositivos

Una vez establecidos los ejes con los cuales se trabajará, se informó a la persona y familiar acerca del plan de alta ellos aceptaron recibirlo y recibieron la educación de cada uno de los aspectos que integra este plan individualizado.

9.4 PLAN DE ALTA

1. CUIDADOS A TRAQUEOTOMIA.¹⁴

OBJETIVOS:

- Que el familiar primario conserve la piel que circunda a la cánula de traqueotomía limpia y seca.
- Mantener La cánula funcional y libre de secreciones y por tanto la vía aérea permeable.

¹⁴ applications.spectrum-health.org 19-mayo.12 10:20

MATERIAL NECESARIO:

- Recipiente (flanera)
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Jabón desinfectante/neutro.
- Agua.

PASOS A SEGUIR:

CUIDADOS A LA PIEL (ESTOMA)

1. Informar de la acción que se realizará.
2. Colocar a su familiar en una posición adecuada y cómoda.
3. Lávese las manos.
4. Colóquese los guantes.
5. Retire suavemente la fijación.
6. Revise como se encuentra el sitio de inserción de la cánula.
7. Sumerja dos o tres gasas en la solución jabonosa.
8. Quite el exceso de agua de ellas.
9. Limpie suavemente el área alrededor de la cánula de traqueotomía, recordando sostenerla al hacerlo.
10. Enjuague el área con solución salina normal o con agua.
11. Seque el área con nuevas gasas.
12. Coloque nuevamente su fijación.

EN CASO DE SECRESIONES:

1. Pida a su familiar que tosa, esto le ayudara a sacar las secreciones que tiene.
2. Lávese las manos y colóquese los guantes.
3. Con ayuda de una gasa retire las secreciones.
4. Coloque agua jabonosa tibia en un recipiente y en otro coloque 1/2 taza de solución salina normal o agua destilada.
5. Retire la cánula interna y enjuáguela con agua tibia o caliente del grifo para eliminar las secreciones espesas.
6. Coloque la cánula interna en el envase pequeño que contiene agua jabonosa tibia. Suavemente, use un cepillo o limpiapipas para eliminar la mucosidad o las secreciones.
7. Enjuague bien la cánula interna con solución salina o agua destilada para remover toda la solución de higiene.
8. Sacuda suavemente la cánula interna para eliminar toda humedad excesiva. Reinsértela con cuidado en la cánula de traqueotomía.

RECOMENDACIONES:

1. Diariamente valore el área de traqueotomía, que no presente datos como enrojecimiento, temperatura, salida de sangre o líquido purulento, en caso de ser así acudir a algún centro de salud.
2. Acudir a consultas médicas.
3. NUNCA usar agua oxigenada ya que daña el material de la cánula de Jackson.

2. CUIDADOS DE GASTROSTOMIA.¹⁵

OBJETIVO:

- Mantener limpio el sitio de inserción del catéter y mantenerlo funcional.

MATERIAL NECESARIO:

- Guantes.
- Jabón y agua.
- Gasas.
- Micropore.
- Flanera.

PASOS A SEGUIR.

1. Lávese las manos con jabón y agua y colóquese los guantes.
2. Retire el parche. Revise el área donde el tubo entra en la piel.
3. Revise si hay enrojecimiento, inflamación, cualquier drenaje o exceso de piel que esté creciendo alrededor del tubo.
4. Lave la piel alrededor del tubo con jabón y agua tibia. Limpie alrededor del tubo para remover cualquier drenaje y/o costra. Limpie suavemente alrededor de la sutura. Seque la piel totalmente. El lugar debe mantenerse limpio y seco.
5. Elabore un parche de micropore y colóquelo a manera de que cubra el tubo.

LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO DEL TUBO.

1. Es importante preparar correctamente los alimentos que recomendó el departamento de nutrición y dar únicamente los que se prescribieron.
2. Es importante limpiar el tubo antes y después de cada vez que se le alimente por este medio, antes y después de cada suministro de medicamento o al menos cada ocho horas. Usualmente de 3-10 ml de agua limpiarán el tubo.

RECOMENDACIONES:

Se recomienda que en caso de estreñimiento (que no haya evacuado por más de tres días) se realice un masaje de marco cólico, esto es que el familiar dará un suave masaje en el abdomen de José 20 minutos después de cada alimento. Así como brindar muchos líquidos.

3. COMUNICACIÓN:

La comunicación es indispensable para entablar cualquier tipo de relación humana, en el caso del señor José se ve un tanto alterada por su enfermedad y por el dispositivo de tráquea que se le colocó, sin embargo debemos saber aprovechar todos los recursos con los que contamos, uno de ellos es que él está alerta y entiende todo y ha empezado a recuperar un poco de fuerza en su lengua.

RECOMENDACIONES.

¹⁵ www.cincinnatichildrens.org 19.mayo.12 11:00

- Uno de los problemas con los que nos hemos enfrentado desde su hospitalización es que no emite lenguaje audible, y le causa desesperación el que quienes lo rodeamos no nos percatemos de cuando nos necesite, para esto con ayuda del familiar se ideó que cuando necesite algo puede “chasquear la lengua”, esto en caso de que alguien se encuentre cercano, pero que hacer cuando no pase esto, pues bien aprovecharemos que tiene poca fuerza en los brazos, así que se sugirió al familiar brindarle una campana o timbre para que él lo pueda hacer sonar en caso de que necesite algo.
- Una vez que el señor José tenga la atención que requiere el hará el resto puesto que puede mover los labios como si hablara así que es cuestión de que sus familiares lean lo que dice.

RECOMENDACIONES:

Ser pacientes al escuchar con la persona, ser conscientes de que ella recuperara

REHABILITACIÓN¹⁶

Como se ha mencionado la persona será capaz de hablar nuevamente, y a continuación se presentan ejercicios para motricidad orofacial, esto ayudara para cuando la persona inicie a recuperar su fonación y su deglución.

Un gran punto que tenemos a nuestro favor es que el tipo AMAN respeta los músculos de la cara así que en cuanto se indique se iniciaran estos ejercicios.

1. Pasar la lengua por sus labios de un lado hacia otro iniciando con el superior y después con el posterior de inicio se recomiendan 5 repeticiones.
2. Tocar las comisuras labiales de manera alternativa.
3. Chasquidos con la lengua.
4. Empujar un abatelenguas fuera de la boca.
5. Doblar la lengua contra los incisivos.
6. Barrer el paladar con la lengua de adelante hacia atrás.
7. Sostener un lápiz con “ el bigote”
8. Pasar aire de una mejilla a otra.
9. Proyectar los labios de adentro hacia afuera.

** PARA LA DEGLUCIÓN**

A forma de ayudar a recuperar la deglución se recomienda que en cuanto la persona comience a tolerar líquidos realizar los siguientes ejercicios.

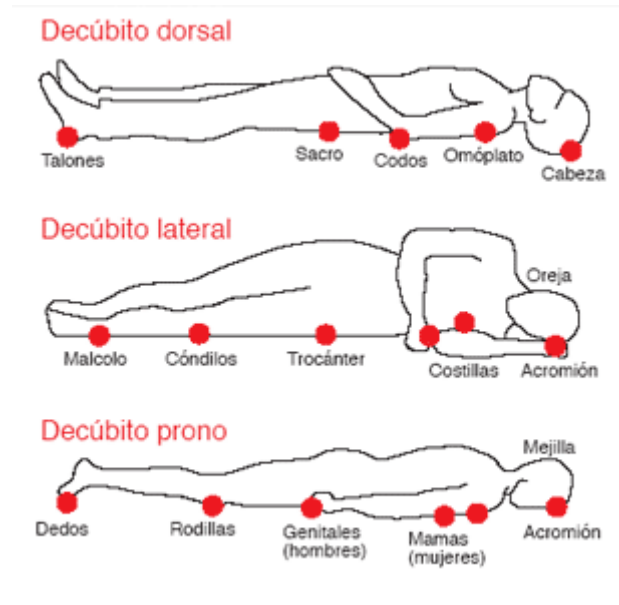
- Maniobra de Mendelsohn. Dar un sorbo pequeño de agua o cantidad pequeña de algún alimento de preferencia papilla, pedirle a José que NO lo degluta, el familiar con ayuda de sus dedos pulgar e índice toman el cartílago tiroideo de José (manzanilla de Adán) lo elevan y pedirán que trague el líquido o alimento.
- Maniobra supraglótica: Se le pedirá a José que inspire aire SIN soltarlo, se le dará un pequeño sorbo de agua o papilla, ahora se le pedirá que lo trague.

4. MOVILIZACIÓN:

- Cambiar a José cada dos horas manteniendo posturas adecuadas y que le brinden comodidad.

¹⁶ www.sld.cu.saludviva. 14.nov.11 17:12

- Proteger con almohadillas las zonas de presión (Rodillas, tobillo, codos, nuca, orejas y cadera) para evitar lesiones.



EJERCICIOS DE ARCO DE MOVIMIENTO:

- El familiar le informara sobre lo que hará.
- Acostar a José e iniciar los ejercicios se recomienda iniciar con dos series de 5 en cada ejercicio, estando atento a si refiere molestias.
- Se recomiendan ejercicios de flexión y extensión de extremidades así como rotación sutil de articulaciones.

RECOMENDACIONES:

- Involucrar a todos las personas que rodean a José, especialmente a su hijo.
- Pueden poner música del agrado de José durante la realización de los ejercicios.
- Colocarle tenis de bota para corregir posturas viciosas como es el caso de los pies de José.

EJERCICIOS EN SEDESTACIÓN. ¹⁷

- Movimientos selectivos de la cabeza:

Su objetivo, es proporcionar la elasticidad a los músculos del cuello, el disociar el movimiento de la cabeza con respecto al tronco, y facilitar las reacciones de reequilibración.

1. Mover la cabeza hacia la dirección indicada, pasando siempre por la vertical.
2. De la vertical, dirigir la nariz hacia el hombro derecho y luego hacia el izquierdo.

¹⁷ CHAPINAL Jiménez Alicia, Rehabilitación en la hemiplejía, ataxia, EVC, y en las involuciones del anciano, Masson 33-45.

3. Desde la vertical, asentir con la cabeza muy lentamente (decir si) 20 veces seguidas, posteriormente negar con la cabeza.
- Proyección del tronco hacia adelante:
 1. Posición de partida: La persona se coloca sentado a una mesa, algo separado de ella, los brazos paralelos encima de ésta, con los codos hacia adentro, las palmas de las manos abiertas sobre la mesa y los pies separados y bien alineados.
 2. Desarrollo del ejercicio: La persona desliza las manos hacia adelante sin levantar los codos de la mesa, curvando el tronco hasta tocar la mesa con la frente, a continuación vuelve a su posición de partida sin despegar los codos de la mesa y realizando una buena extensión del tronco, con la barbilla baja.
 - Paso de sedestación a bipedestación:

Una vez conseguido que la persona traslade el tronco hacia delante, se iniciará el entrenamiento para que adquiera la habilidad de ponerse de pie, primero con ayuda y luego sin ella.

1. Posición de partida: La persona y su familiar están sentados uno al frente del otro, las manos de la persona descansan en los muslos de su familiar, mientras este lo sujeta por encima de los codos.
2. Desarrollo del ejercicio: La persona traslada el tronco hacia delante con el fin de que el desplazamiento de la línea de gravedad facilite el movimiento. A la orden del familiar ¡arriba! , la persona despegará las nalgas de la silla y se levantará un poco, sentándose lentamente, sin dejarse caer. El ejercicio se repetirá varias veces, según la fatiga de la persona.
3. En una segunda fase, la persona deberá ponerse totalmente de pie, sus manos deben abandonar completamente el apoyo en la fase de elevación y enderezamiento del tronco, el tronco es la primera parte del cuerpo que debe enderezarse; lo último que debe realizarse es la extensión de las rodillas, apoyando fuertemente los pies en el suelo.

9.5 EVALUACIÓN

La última vez que se tuvo contacto con José fue el 23 de Diciembre de 2011, es decir tres meses posteriores a su alta, fue muy satisfactorio ver que José no presento problemas como infecciones por la traqueotomía y el tubo de gastroclisis, ya que su familiar realizo los cuidados correctamente, en cuanto a su integridad cutánea no presenta laceraciones de ningún tipo, su aspecto general es bueno ha ganado peso, la fuerza en miembros torácicos es de 3/5 y miembros pélvicos 1/5, iniciaba a fonar.

En el aspecto emocional se mostro más motivado ya que está viendo mejoría y dice “estarle hechando ganas” el día de consulta fue con su hermana e hijo el hijo comento participa realizándole los ejercicios de arco de movimiento.

10. CONCLUSIONES.

Si bien el SGB es un padecimiento poco frecuente, la variable AMAN es la más común en nuestro país y definitivamente representa un alto impacto económicoⁱⁱ, físico y emocionalⁱⁱⁱ en quien lo padece y quienes lo rodean, pero que brindando los cuidados adecuados podemos disminuir los factores de morbilidad y mortalidad en la persona evitando su reingreso hospitalario iniciar y hacer partícipe a la familia en el proceso de rehabilitación y así brindar una mejor calidad de vida a la persona ayudándola a recuperar parcialmente su capacidad de autocuidado.

En lo que respecta a la teoría empleada en este estudio resulto útil puesto que debido a la naturaleza de la patología la persona recuperará su capacidad de autocuidado y empleará todos los aspectos que menciona Orem, para cuidar de su salud y evitar el reingreso hospitalario.

Con este plan de intervenciones se logró obtener resultados satisfactorios en la persona en cada uno de los diagnósticos de enfermería en su estancia hospitalaria que fue de dos semanas, para posteriormente dar seguimiento en el hogar, el cuidador primario continuo con los cuidados a lo largo de la recuperación la cual fue de aproximadamente 9 meses y que para el mes de diciembre la persona ya respiraba con ayuda de un dispositivo de traqueotomía sin haber presentado hasta esa fecha problemas respiratorios, como neumonía en lo que respecta ala alimentación la persona continuaba con sonda de gastrostomía pero ya iniciaba a deglutir líquidos y papillas, en cuanto al aspecto de comunicación había mejorado bastante para el mes de febrero ya que el lenguaje que emitía era considerablemente audible e incorporaba la mímica puesto que en miembros torácicos ya presentaba una fuerza 3/5 y en lo que resta del aspecto motriz la persona ya cada vez realizaba mas ejercicios en la terapia de rehabilitación.

La última vez que se tuvo contacto con la persona fue en una cita a la consulta externa del Instituto que fue el día 17 de mayo la persona fue a retiro de cánula de Jackson su semblante era grato continuaba en silla de ruedas lo relevante en este aspecto es que la fuerza de miembros pélvicos era 4/5, en cuanto a la comunicación el lenguaje era totalmente audible y la persona refirió sentirse más segura de si ya que en casa ya realizaba actividades de la vida diaria sin necesitar tanta ayuda.

11. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

- CHAPIRAL Jiménez Alicia, Rehabilitación en la Hemiplejia Atáxica, EVC. INR.
- CASTILLO F. Luis, Cuidados Intensivos Neurológicos, Mediterráneo, Chile 2004.
- LOPEZ Saca Mario, SGB, 2008.
- LYER. Proceso y Diagnóstico de Enfermería, Mc Graw Hill 1999.
- MARRINER Tomey Ann. Modelos y Teorías en Enfermería, Harcourt Brace 1999.
- VELEZ Hernán, Fundamentos de Medicina Neurológica, Corporación para Investigaciones Biológicas Colombia 2012.

ARTICULOS:

- Acosta MI, Cañiza MJ, Romano MF, et al. Síndrome de Guillain Barre. Revista de posgrado de la VIa Cátedra de medicina 2007: (168): 15-18.
- Revista de Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Vol. 7 Año 7 2010.
- Zarate Grajales PUEE de la División de Estudios de Posgrado ENEO-UNAM 2009.
- Gaceta Médica de México, Plasmaferésis Vol. 138. 2012.
- TABORDA Rosario, Protocolo Diagnóstico y Terapéutico del SÍNDROME DE Guillain Barre. Uruguay 2005. Archivos de Pediatría. Pp. 2-5
- Terapéutica del SGB, Ernesto Pieferrer, Medisan 2010.
- Z. Lestayo, Análisis del Síndrome de Guillain Barre, consensos y discrepancias. Revista neurológica, 2008, pp. 230 – 237.
- CARVAJAL Placencio Gloria. Atención en Enfermería en niños con Síndrome de Guillain Barre en etapa aguda. Acta Neurológica, Colombia 2006, (recuperado 23.marzo.2012) congreso.acnweb.org.
- SOLEDAD, G Noelia, Síndrome de Guillain Barre, Revista VIa Catedra, artículo en revisión, 2012 pp 22-27.
- A. Criado Molina. Síndrome de Guillain Barre Prolongado. Elsevier 2003 , pp 1-3 (recuperado 4.abril.2012)
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/37/37v58n01a13042245pdf001.pdf>
- SGB, María Ines Acosta, VIa Catedra de Medicina, Revista de Posgrado. 2007.
- SGB. Adriana Pulido Escudero.
- The Prognosis and main prognosis indicator of Guillain Barre Syndrome a Multicentre prospective, The Italian GB study Group. 2012.
- Clinical Features, pathogenesis and treatment of GBS, Review Article Lancet Neurol 2008.

ⁱⁱ CARVAJAL Placencio Gloria. Atención en Enfermería en niños con Síndrome de Guillain Barre en etapa aguda. Acta Neurológica, Colombia 2006, (recuperado 23.marzo.2012) congreso.acnweb.org

ⁱⁱⁱ A. Criado Molina. Síndrome de Guillain Barre Prolongado. Elsevier 2003 , pp 1-3 (recuperado 4.abril.2012) <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/37/37v58n01a13042245pdf001.pdf>