



**SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

Con estudios incorporados a la UNAM

**PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO A UN PACIENTE CON SÍNDROME DE GUILLAN
BARRE EN LA UNIDAD 403 NEUROLOGÍA DEL “HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE “LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA”

PRESENTA: FELIPE VICTORIA LÓPEZ

DIRECTOR ACADÉMICO:

Lic. José Manuel Maya Morales

MÉXICO D.F.

JULIO DEL 2011



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.

DEDICATORIA

Principalmente a Dios por darme la fuerza para seguir día a día

A mis padres, por el apoyo incondicional que siempre me han demostrado y por todos los sacrificios que han realizado para que hoy sea quien soy.

A mi gran familia muégano, por su apoyo por los buenos momentos que siempre compartimos y también por los malos que son los que nos hacen crecer.

Y a esa persona tan especial, que aunque ya no está con nosotros, fue una pieza fundamental para mi educación y valores, gracias mi chava, por ese ejemplo de superación, profesionalismo y por tanto cariño que me brindaste.

Por supuesto a mi pareja que en estos 5 años me ha apoyado incondicionalmente y a pesar de todo hemos encontrado el tiempo para seguir juntos, gracias Ann por todo el cariño que siempre me has demostrado y por dar un toque de felicidad y aventura a mi vida "Te Amo".

Y al último pero no por eso menos importante a mis amigos y amigas que siempre creyeron en mí, por alentarme a seguir y que nunca dudaron en apoyarme.

ÍNDICE

Introducción.....	5
Justificación.....	6
Objetivos.....	7
✚ General.	
✚ Especifico.	
Metodología.....	8
Marco teórico.....	10
✚ Biografía de Virginia Henderson.	
✚ Las 14 necesidades según Virgínea Henderson	
Anatomía y Fisiología del Órgano Afectado.....	16
✚ Generalidades del Sistema Nervioso Central.	
✚ Síndrome de Guillain-Barre.	
✚ Ventilación Mecánica.	
✚ Plasmaféresis.	
✚ Medicamentos.	
Descripción del caso Clínico.....	51
✚ Ficha de Identificación	
✚ Exploración física.	
✚ Indicaciones Médicas.	
✚ Valoración de las 14 necesidades.	

Cont.

Análisis de los Datos.....	56
✚ Examen General de Orina.	
✚ Biometría Hemática.	
✚ Química Sanguínea.	
✚ Urocultivo.	
✚ Análisis de los Datos.	
✚ Jerarquización de las necesidades.	
Construcción de los Diagnósticos de Enfermería.....	65
✚ Diagnósticos de enfermería los cuadros de PLACE.	
✚ Plan de Alta	
Conclusiones y Sugerencias.....	81
Glosario.....	82
Abreviaturas.....	89
Anexos.....	90
Bibliografía.....	111

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la Enfermería en nuestro país se encuentra en una constante lucha, para que sea vista como una profesión brindando cuidados de manera holística en bases científicas y fundamentadas.

La enfermería aunque muchos aun no lo quieren reconocer, es una ciencia porque tiene elementos primordiales de una investigación como: el conocimiento propio; adquirido de la confrontación de diversas disciplinas científicas, el empleo del método científico; que se lleva a cabo durante el proceso enfermero; y un lenguaje especializado y universal.

El trabajo se realizó de acuerdo a los Lineamientos de la Comisión Permanente de Enfermería y se hace un plan de Cuidados de Enfermería utilizando el cuadro de PLACE tomando en cuenta las etapas del proceso enfermero que es primordial para realizar el trabajo independientemente de la teórica con la que se trabaje, también se manejan Indicadores para las intervenciones de enfermería y se evalúa por medio de la escala Likert y puntuación diana.

Este método de trabajo es funcional ya que es de manera científica con fundamentos lo cual habla de que la valoración, las actividades, las intervenciones, y la evaluación son realizadas por un Profesional de Enfermería y que va dirigido al usuario holísticamente y personalizado con ética profesional.

Por ello es importante estar a la vanguardia, en constante estudio, adquiriendo conocimientos nuevos día a día, pero sobre todo compartirlos para que enfermería gane esta lucha que hoy en día estamos enfrentando en el campo laborar, lucha con la sociedad, con los demás profesionales de la salud, pero sobre todo con nosotros mismos la cual debemos de ganar.

JUSTIFICACIÓN

El trabajo se realizó, para crecer como profesional y estar actualizado en el manejo de los Diagnósticos de Enfermería, trabajar con el Plan de Cuidados que estipula la “Comisión Permanente de Enfermería” para que la Enfermería en México siga creciendo como una profesión.

Al elegir al usuario me intereso, debido al diagnóstico que no es de común aparición, ataca a una persona de cada 100,000 (OMS 2009) y afecta a personas jóvenes, deteriorando significativamente la calidad de vida laboral y personal, al aplicar los cuidados de enfermería oportunos evitamos mayores complicaciones.

Se aplicaron los conocimientos adquiridos en el salón de clase y cuidados estandarizados necesarios para el usuario, teniendo presente, que se deben de individualizar ya que no siempre se presenta la enfermedad de igual manera y con las mismas complicaciones, se trata al paciente de manera holista y con ética profesional.

El plan de cuidados aplicado fue el formato PLACE (Plan de Cuidados de Enfermería), éste me permitió demostrar que se puede aplicar el proceso enfermero utilizando NANDA, NIC, NOC y es efectivo en el campo laboral ya que al utilizar esta metodología nos permite realizar un plan de cuidados eficiente para el restablecimiento de la salud

OBJETIVOS

GENERAL

Utilizar el proceso enfermero como una herramienta de uso diario en la atención de los cuidados holísticos estandarizados de enfermería, con cada usuario y su familia para una pronta recuperación de una manera sistemática y metodológica utilizando los lineamientos de la “Comisión Permanente de Enfermería” y el Plan de Cuidados de Enfermería de (PLACE) enfocándonos en un paciente con diagnóstico de Síndrome de Guillan Barre.

ESPECÍFICOS

Demostrar la importancia y efectividad de implementar cuidados holísticos y estandarizados.

Ostentar el uso de un plan de cuidados durante la práctica de enfermería y utilizarlo como una herramienta diaria.

Exponer la utilidad de las diversas escalas de medición que maneja enfermería para evaluar la adecuada utilización de las intervenciones de enfermería.

Evitar y/o Disminuir las complicaciones ejecutando intervenciones específicas de enfermería.

METODOLOGÍA

La metodología que se aplicó en el presente trabajo conforme los lineamientos del “Método Enfermero y cuadro de PLACE.

En primer lugar se llevó al cabo la recolección de los datos, esto se realizó por medio de la valoración.

Primero se realizó la recolección de información y registro de la misma por medio de un instrumento de valoración en este caso fue de una manera indirecta, ya que la información e historia clínica se recabó con una entrevista a dos familiares del paciente de manera individual, posteriormente se llevó al cabo la exploración física cefalo-podal y con esto concluye la valoración.

El siguiente paso, es realizar los diagnósticos de enfermería. Que se lleva a cabo por medio del juicio clínico (que es la integración de los conocimientos adquiridos y experiencias propias) también se debe de identificar si los problemas son dependientes y/o interdependientes, para la realización de los diagnósticos se debe de tomar en cuenta la NANDA (Diagnósticos Enfermeros), NIC (Intervenciones de Enfermería) y NOC (Resultados de Enfermería).

A continuación se debe efectuar la planeación. En esta etapa se debe de establecer prioridades, elaborar objetivos, determinar las acciones de enfermería y documentar el plan de cuidados en este trabajo esto se plasma en el cuadro de Plan de Atención de Cuidados de Enfermería. (PLACE), los objetivos son los Resultados Esperados de Enfermería (NOC) y las acciones son las Intervenciones de Enfermería (NIC).

La cuarta etapa es realizar la ejecución, está comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidado y está enfocada al inicio de las Intervenciones de Enfermería.

Los pasos de esta etapa son: Preparación, intervención y Documentación.

La última etapa del método es la Evaluación.

Esta etapa es una exigencia en toda práctica de enfermería y es continua y formal ya que está presente en la *Planeación, Diagnóstico, Planeación y Ejecución*.

En este caso en especial se lleva a cabo por la escala Likert y la puntuación diana.



Fuente: "Proceso Enfermero" Bertha Alicia Rodríguez S. Pag 30

MARCO TEÓRICO

VIRGINIA HENDERSON
(1897-1996)

Nació en 1897 la ciudad de Kansas, Missouri, en 1918, ingresa a estudiar Enfermería a la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington D.C .en 1921 se graduó como Enfermera y aceptó el puesto de enfermera domiciliaria en el Henry Street Visiting Nurse Service.

En 1922 comenzó a enseñar Enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. En 1927 Ingresa al Teacher`s Collage de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los grados de Bachelor of Ciencia y Master of Arts.

En 1929, Directora docente en la clínica Strog Memorial Hospital de Rochester, Nueva Cork, 1930, Regresa al Teacher`s Collage como miembro del profesorado.

En 1955 se publica la 5ta edición, en la cual contenía la propia definición de Enfermería de Virginia Henderson.

1959-1971. Dirigió el proyecto "Nursing Studies Index" auspiciado por Yale, que consta de 4 volúmenes de textos bibliográficos, analíticos e históricos de la enfermería de 1900 a 1959.

En 1960, publicó su folleto "Basic Principles of Nursing Care", 1964, editó una encuesta nacional sobre la investigación en enfermería que realizó con Leo Simmons. 1966, publicó su libro "The Nature Of Nursing" 1978 publicó la 6ta edición. "The Principles and Practice of Nursing"

En 1983, recibió el premio Mary Tolle Wright Founders de la sigma Theta Tau Internacional, por su labor de liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.

1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA), recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación.

Virginia Henderson muere por muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años.¹³

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: “La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible” (*The Principles of Nursing 1955*)



LAS NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS SEGÚN HENDERSON, SON:

1. Respirar con normalidad.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos del organismo.
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
5. Descansar y dormir.
6. Seleccionar vestimenta adecuada.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene corporal.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio.
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales. Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente)¹².

Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- ✚ Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- ✚ Variables: estados patológicos
 - ✓ Falta aguda de oxígeno.
 - ✓ Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
 - ✓ Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
 - ✓ Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
 - ✓ Estados febriles agudos debidos a toda causa.
 - ✓ Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
 - ✓ Una enfermedad transmisible.
 - ✓ Estado preoperatorio.
 - ✓ Estado postoperatorio
 - ✓ Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera – paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Definición de Henderson de los 3 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería:

Persona:

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

Entorno:

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Salud:

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.¹¹

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL ÓRGANO AFECTADO

GENERALIDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

El sistema nervioso central (SNC) está constituido por el encéfalo y la médula espinal

Están protegidos por tres membranas: duramadre, aracnoides, piamadre denominadas genéricamente meninges.

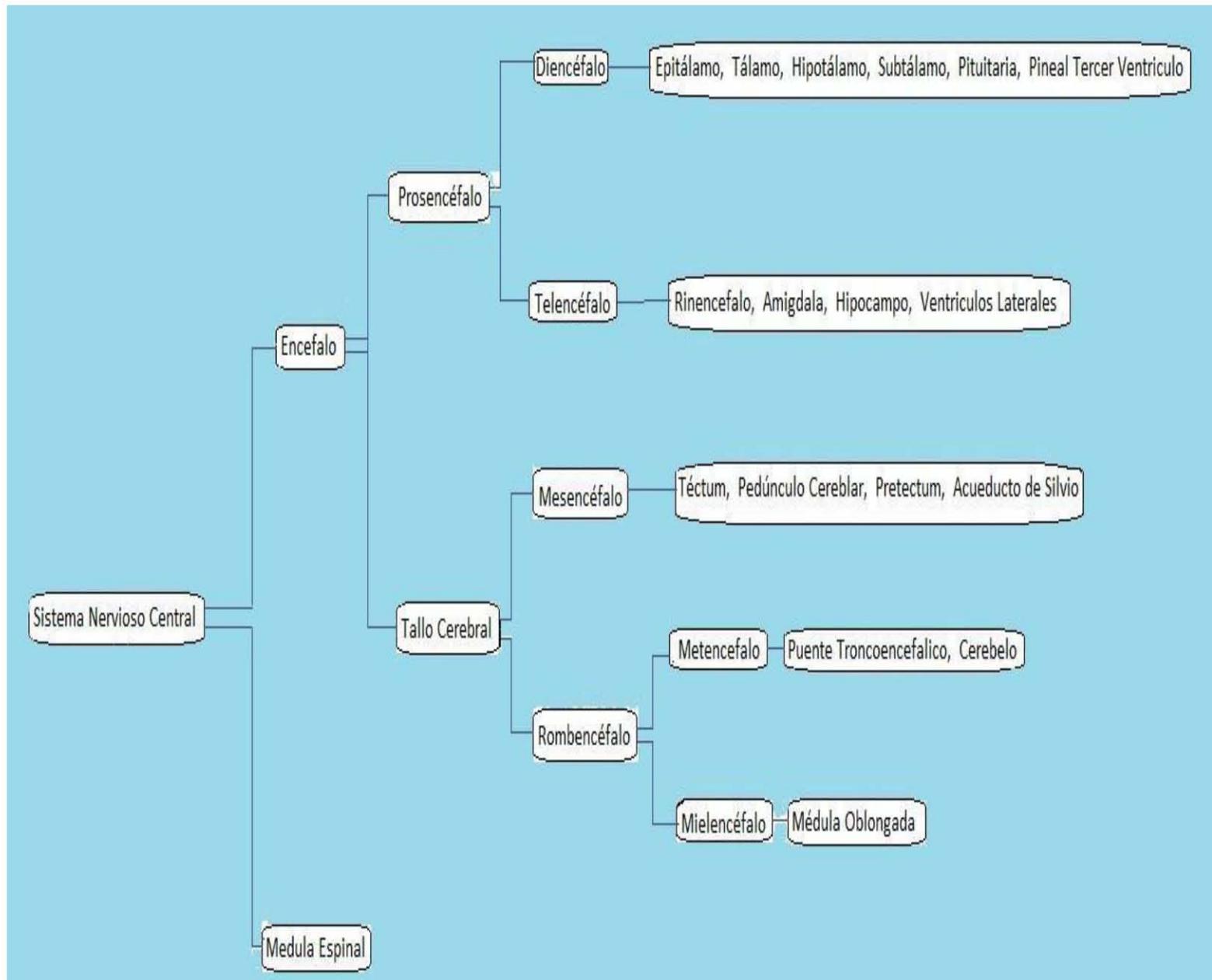
Además, el encéfalo y la médula espinal están protegidos por envolturas óseas, que son el cráneo y la columna vertebral respectivamente.

Las cavidades de estos órganos (ventrículos en el caso del encéfalo y conducto endependimial en el caso de la médula espinal) están llenas de un líquido incoloro y transparente, que recibe el nombre de líquido cefalorraquídeo.

Sus funciones son muy variadas: sirve como medio de intercambio de determinadas sustancias, como sistema de eliminación de productos residuales, para mantener el equilibrio iónico adecuado y como sistema amortiguador mecánico.

Las células que forman el sistema nervioso central se disponen de tal manera que dan lugar a dos formaciones muy características: la sustancia gris, constituida por los cuerpos neuronales, y la sustancia blanca, formada principalmente por las prolongaciones nerviosas (dendritas y axones), cuya función es conducir la información.

En resumen, el sistema nervioso central es el encargado de recibir y procesar las sensaciones recogidas por los diferentes sentidos y de transmitir las órdenes de respuesta de forma precisa a los distintos efectores.¹⁰



Sustancia Gris

La sustancia gris (o materia gris) corresponde a aquellas zonas del sistema nervioso central de color grisáceo integradas principalmente por somas neuronales y dendritas carentes de mielina junto con células gliales.

En la médula espinal se aprecia en su centro y hacia los laterales, en forma de mariposa, mientras que en el cerebro ocupa la zona externa, con excepción de los internos ganglios basales que sirven como estaciones de relevo.

En el cerebro se dispone en su superficie formando la corteza cerebral, que corresponde a la organización más compleja de todo el sistema nervioso.

La sustancia gris, al carecer de mielina, no es capaz de transmitir rápidamente los impulsos nerviosos.

Esta característica se asocia con la función del procesamiento de información, es decir, da la función del razonamiento. La cantidad de esta sustancia muchas veces es vista como directamente proporcional a la inteligencia de un ser vivo. Los delfines tienen más sustancia gris que nosotros. Por lo tanto no se está seguro de esto.

Tipos de neuronas

En la sustancia gris de la médula espinal podemos encontrar varios tipos neuronales según sus axones:

- ✚ Radiculares.
- ✚ Cordonales
- ✚ Golgi tipo II o de axón corto
- ✚ Ganglio espinal.

Neuronas radicales: se encuentran en el asta anterior de la médula. Tienen un tamaño y forma variables. Su axón sale directamente del sistema nervioso central, forma parte de las raíces anteriores y tienen una trayectoria homolateral. Se pueden clasificar en motoneuronas alfa y motoneuronas gamma que pertenecen al sistema nervioso somático y las protoneuronas vegetativas que pertenecen al sistema nervioso vegetativo.

Motoneuronas alfa: tienen un soma de forma estrellado y de gran tamaño (30-100 micrómetros). Tienen dendritas largas y ramificadas. Su axón sale con las fibras aferentes del asta anterior, se mieliniza y toma a formar parte de las fibras de nervios raquídeos, finalmente toman contacto con la placa motora muscular.

Motoneuronas gamma: tienen, al igual que las anteriores, un soma de forma estrellada, pero son de menor tamaño que éstas últimas. Se encuentran en el asta anterior de la sustancia gris de la médula, entre las motoneuronas alfa. Sus dendritas son numerosas y su axón delgado y mielinizado que se une a las fibras de asta anterior y los nervios raquídeos, hasta que hace sinapsis en las fibras musculares interhusales, en el huso neuromuscular.

Protoneuronas vegetativas o preganglionares: las encontramos en el asta lateral hacia los niveles (D1-L1) y cuyas astas posteriores y anteriores se unen en los niveles S2-S4. El soma de estas neuronas es fusiforme y las dendritas se originan en los polos del soma neuronal. El axón es delgado, mielinizado y se extiende por las raíces anteriores dirigiéndose hacia los ganglios vegetativos donde establece conexión con otras neuronas.

Neuronas cordonales: son de asociación vertical y horizontal. Se encuentran distribuidas por toda la sustancia gris medular. Son multipolares y de soma estrellado. Sus dendritas son cortas y ramificadas. Su axón sale a la sustancia blanca, donde se mieliniza y se incorpora a los cordones medulares de la sustancia blanca. Entre ellas también encontramos neuronas sensitivas. El axón puede ser homolateral (cordones del mismo lado), heterolaterales (cordones del lado opuesto), comisurales, bilaterales (cordones a ambos lados) y pluricordonales (más de un cordón). Su asociación entre las neuronas son intersegmentaria, intrasegmentarias y suprasegmentarias, dentro de las cuales pueden ser espinocerebelosas y espinotalámicas, dando lugar éstas últimas a las fuliculares.

Neuronas Golgi tipo II o de axón corto: son de asociación horizontal. Son interneuronas, distribuidas en toda la sustancia gris de la médula. Su soma es pequeño y estrellado. Son multipolares. El axón se ramifica extensamente y establece contacto con neuronas medulares próximas. No sale de la sustancia gris medular.

Ganglio espinal: aunque no están en la médula, sus conexiones son hacia la médula y desde la médula.

La sustancia blanca (o materia blanca) es una parte del sistema nervioso central compuesta de fibras nerviosas mielinizadas (recubiertas de mielina). Las fibras nerviosas contienen sobre todo axones (un axón es la parte de la neurona encargada de la transmisión de información a otra célula nerviosa). La llamada sustancia gris, en cambio, está compuesta por las somas y cuerpos neuronales, que no poseen mielina, y se la relaciona más con el procesamiento de la información.

En el encéfalo la sustancia blanca está distribuida en el interior, mientras que la corteza y los núcleos de las células del exterior se componen de sustancia gris. Esta distribución cambia en la médula espinal, en donde la sustancia gris se halla en el en la periferia y la blanca en el centro.

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRE

El síndrome de Guillain-Barré SGB. Georges Charles Guillan y Jean Alexandre Barre¹ es una poliradiculoneuropatía aguda, frecuentemente grave y de evolución fulminante, de origen autoinmunitario. Ocurre a lo largo de todo el año y con frecuencia aproximada de un caso por millón de personas por mes, o de casi 3 500 casos anuales. El riesgo de SGB para los varones es 1.5 veces mayor que para las mujeres, y en los países occidentales la enfermedad afecta a los adultos más a menudo que a los niños.

En la actualidad se consideran varios subtipos de SGB, determinados principalmente por sus características electrodiagnósticas y anatomopatológicas (Mc Khann 1993).^{6,7}

SUBTIPOS DEL SGB

SUB TIPO	CARACTERÍSTICAS	ELECTRO DIAGNOSTICO	PATOLOGÍA
Polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (AIDP)	Afección más frecuente en adultos que en niños; 90% de los casos en países occidentales; recuperación rápida; anticuerpos anti-GMI <5	Desmielinizante	Ataque inicial en la superficie de las células de Schwann; lesión difusa de la mielina, activación de macrófagos e infiltración linfocítica; lesión axónica secundaria variable
Neuropatía axónica motora aguda (AMAN)	Niños y adultos jóvenes; prevalencia elevada en China y México;	Axónico	Ataque inicial en los nodulos motores de Ranvier; activación de macrófagos,

	puede ser estacional; recuperación rápida; anticuerpos anti-GD1 a		escasos linfocitos, abundantes macrófagos periaxónicos; grandes variaciones en la intensidad de la lesión axónica
Neuropatía axónica sensitivomotora aguda (AMSAN)	Principalmente adultos; rara; recuperación lenta y a menudo incompleta; muy relacionada con la AMAN	Axónico	Similares a las de la AMAN, pero también con afección de nervios y raíces sensitivos; lesión axónica por lo común intensa
Síndrome de Miller-Fisher (MFS)	Adultos y niños; rara; oftalmoplejía, ataxia y arreflexia; anticuerpos anti-GQIb1	Desmielinizante	Pocos casos estudiados; características similares a las de la AIDP

FUENTE: Mc Kham 1993

Antecedentes.

Alrededor de 70% de los casos de SGB son precedidos en una a tres semanas por un proceso infeccioso agudo, generalmente respiratorio o gastrointestinal. Los cultivos y las pruebas seroepidemiológicas muestran que 20 a 30% de todos los casos van precedidos de infección o reinfección por *Campylobacter jejuni*. Una proporción similar es precedida de infección por alguno de los virus del herpes, a menudo citomegalovirus (CMV)

Otros virus, así como *Mycoplasma pneumoniae*, han sido identificados como agentes implicados en las infecciones que anteceden al SGB.

También la vacunación reciente se ha asociado al SGB. El ejemplo más notable es la vacuna antigripal porcina, administrada en 1976; sin embargo, las vacunas antigripales que se usaron desde 1992 a 1994 dieron lugar a sólo un caso adicional de SGB por millón de personas vacunadas.

Manifestaciones Clínicas.

El SGB se manifiesta como un cuadro de parálisis motora arrefléxica de evolución rápida, con o sin alteraciones sensitivas. El modelo más habitual es una parálisis ascendente que el paciente nota al principio como un acorchamiento de las piernas. Característicamente, la debilidad evoluciona en un lapso de horas a pocos días, y a menudo se acompaña de disestesias con hormigueos en las extremidades. Las piernas son afectadas con mayor intensidad que los brazos y en 50% de los pacientes se observa paresia facial (*Labowitz 2004*^{2,3}).

Los nervios craneales inferiores también se afectan con frecuencia, con debilidad bulbar que causa dificultad para el manejo de secreciones y mantenimiento de la vía respiratoria; a veces, en estos pacientes el diagnóstico se confunde al principio con isquemia del tallo encefálico.

También es usual el dolor en el cuello, hombro, espalda o difuso en toda la columna en las etapas iniciales del SGB y ocurre en cerca de 50% de los casos. En la mayoría de los pacientes es necesaria la hospitalización y alrededor de 30% requieren ventilación asistida en algún momento de la enfermedad (*Roman G.C. 1998*^{4,5}).

Los reflejos tendinosos profundos suelen desaparecer a los pocos días del inicio. Los déficit sensitivos cutáneos (como pérdida de la sensibilidad dolorosa y térmica) suelen ser relativamente leves; no obstante, las funciones mantenidas por fibras sensitivas de calibre grueso, como los reflejos tendinosos profundos y la propiocepción, suelen estar alteradas más intensamente. En los casos graves suele observarse disfunción vesical, aunque de manera transitoria.

Después de que se interrumpe el empeoramiento del cuadro y el paciente se estabiliza clínicamente (casi siempre a las cuatro semanas del inicio), es improbable que la enfermedad siga avanzando.

Es frecuente el daño neurovegetativo; puede ocurrir incluso en pacientes con SGB leve. Las manifestaciones usuales son pérdida del control vasomotor con amplia fluctuación en la presión arterial, hipotensión postural y arritmias cardíacas⁴. Estas manifestaciones ameritan vigilancia y tratamiento estrechos y pueden ser letales. El dolor es otra manifestación frecuente del SGB; además del dolor agudo descrito antes, es factible que haya dolor sordo en los músculos debilitados que los pacientes comparan al que se siente al día siguiente de un ejercicio excesivo. Otros cuadros dolorosos que se observan en el SGB incluyen el dolor disestésico en las extremidades, debido a la afección de fibras nerviosas sensitivas. Estos cuadros dolorosos se resuelven espontáneamente y se deben tratar con analgésicos comunes (*Odaka 2004^{8,9}*).

Diagnostico

El síndrome de Guillain-Barré es una entidad "descriptiva". El diagnóstico se hace al identificar el perfil de parálisis de evolución rápida junto con arreflexia, ausencia de fiebre u otros síntomas generalizados y los acontecimientos precursores característicos (Asbury 2002¹⁰) Entre las entidades por incluir en el diagnóstico diferencial están mielopatías agudas (en particular con lumbalgia prolongada y trastornos de los esfínteres); botulismo (pérdida temprana de la reactividad pupilar); difteria (perturbaciones bucofaríngeas tempranas); polirradiculitis de Lyme y otras parálisis transmitidas por garrapatas; porfiria (dolor abdominal, convulsiones, psicosis); neuropatía de origen vasculítico (medir la velocidad de eritrosedimentación, que se describe más adelante); poliomielitis (son comunes la fiebre y el meningismo); radiculitis por CMV (en personas inmunodeficientes); neuropatía de enfermedades críticas; trastornos neuromusculares como miastenia grave; o intoxicaciones por organofosforados, talio o arsénico; parálisis por garrapatas; intoxicación paralítica por mariscos; o hipofosfatemia grave (rara).

Datos de laboratorio.

Los datos en LCR son peculiares y comprenden un mayor valor de proteína en dicho líquido [1 a 10g/L(100a 1 000 mg/100 ml)] sin pleocitosis acompañante. El líquido cefalorraquídeo suele ser normal cuando los síntomas han durado 48 h o menos; al final de la primera semana por lo común aumentan los valores de proteínas. A veces, en un SGB por lo demás típico se advierte un incremento transitorio en el número de leucocitos en LCR (10 a 100/pl); sin embargo, la pleocitosis sostenida en LCR sugiere otra entidad diagnóstica (mielitis vírica) o un trastorno coexistente, como una infección por VIH no diagnosticada (Telleria 2002^{11,12})

Las características patológicas electrodiagnósticas son leves o inexistentes durante las fases iniciales, y van por detrás de la evolución clínica.

En los casos con desmielinización las características más habituales son latencias distales prolongadas, descenso de la velocidad de conducción, signos de bloqueo de la conducción y dispersión temporal del potencial de acción compuesto.

En los casos con afección axónica primaria, el principal dato electrodiagnóstico es el decremento de la amplitud de los potenciales de acción compuestos, sin retraso de la conducción ni prolongación de las latencias distales.

Criterios Diagnósticos

Necesarios

1. Debilidad progresiva en dos o más miembros por neuropatía
2. Arreflexia
3. Evolución de la enfermedad <4 semanas
4. Exclusión de otras causas [p. ej., vasculitis (poliarteritis nudosa, lupus eritematoso generalizado, síndrome de Churg-Strauss), toxinas (organofosforados, plomo), botulismo, difteria, porfiria, síndrome localizado en médula espinal o cola de caballo]

De Apoyo

1. Debilidad relativamente simétrica
2. Afección sensitiva de grado leve
3. Afección del nervio facial o de otros pares craneales
4. Ausencia de fiebre
5. Perfil típico en el LCR (acelular, aumento en el valor de proteínas)
6. Signos electrofisiológicos de desmielinización

Tratamiento

En la vasta mayoría de los pacientes con SGB, el tratamiento debe iniciarse tan pronto como se haya establecido el diagnóstico. Cada día es importante; alrededor de dos semanas después de la aparición de los primeros síntomas motores la inmunoterapia ya no es eficaz. Se puede comenzar con dosis elevadas de inmunoglobulina intravenosa (intravenous immune globulin, IVIg) o plasmaféresis, dado que ambas medidas tienen eficacia similar.

La combinación de ambos tratamientos no es significativamente mejor que cualquiera de ellos administrado por separado.

En la fase de empeoramiento del SGB, la mayoría de los enfermos requieren vigilancia en una unidad de cuidados intensivos, con atención especial en la capacidad vital, ritmo cardiaco, presión arterial, nutrición, profilaxis de trombosis venosa profunda, estado cardiovascular, consideración temprana de traqueotomía (después de dos semanas de intubación) y fisioterapia torácica. Como ya se dijo, alrededor de 30% de los individuos con SGB necesitan asistencia ventilatoria, a veces por largo tiempo (semanas o más). Son medidas importantes los cambios frecuentes de posición y la higiene y cuidado minuciosos de la piel, y también los ejercicios diarios del arco de movimiento para evitar contracturas articulares.

Ventilación Mecánica

Existen patologías propias y ajenas al sistema respiratorio se manifiestan durante el curso de su historia natural con signos y síntomas respiratorios de magnitud tan severa, que ameritan el uso de alguna forma de soporte ventilatorio mientras se solucionan.

Indicaciones:

1. Apnea
2. Oxigenación deficiente
3. Falla ventilatoria aguda

4. Falla ventilatoria inminente
5. Cuando alguna de las tres bombas se detiene:
 - ✚ Bomba de gas: pulmones
 - ✚ Bomba de recepción: ventrículo derecho.
 - ✚ Bomba de distribución: ventrículo izquierdo.
6. Hipoventilación.
7. Hipoxemia.
8. Pérdida de la integridad mecánica del tórax.
9. Postoperatorio.
10. Bronco aspiración.
11. Choque de cualquier etiología.

La ventilación mecánica se realiza a través de ventiladores, que en forma ideal deberían de satisfacer las necesidades ventilatorias variables de una persona en estado crítico.

El ventilador es simplemente una máquina electro-neumática que sustituye total o parcialmente la función del aparato respiratorio.



Características:

- ✚ Debe ajustarse a todo tipo de paciente.
- ✚ Fuente de poder eléctrica o neumática.
- ✚ Control de concentración de O₂ entre 21 y 100%
- ✚ Alarmas visuales y auditivas.
- ✚ Fácil limpieza y esterilización
- ✚ Sistema de humidificación.

Clasificación de los ventiladores

Podemos clasificarlos de acuerdo a su mecanismo cíclico:

- ✚ Ciclados por VOLUMEN
- ✚ Ciclados por PRESIÓN
- ✚ Ciclados por TIEMPO

Ciclados por volumen

La variable que se va a manejar es el volumen corriente (VT: volumen tidal).

Ciclados por presión

La variable que se va a manejar es la presión inspiratoria (PIM) necesaria para proveer una adecuada ventilación.

Ciclados por tiempo

La variable que se va a manejar es el tiempo inspiratorio (TI)

Modos de ventilación mecánica

CMV (ventilación reguladora continua o ventilación mecánica controlada)

- ✚ Todas las respiraciones tienen volumen o presión constante.
- ✚ Cada respiración es activada por el ventilador.

A/C (ventilación asisto-controlada)

- ✚ El paciente activa la respiración y los músculos respiratorios están activos

SIMV (ventilación mecánica sincrónica intermitente)

- ✚ El ventilador ciclará automáticamente después de transcurrido un tiempo llamado ventana de espera
- ✚ Incluye periodos de ventilación espontánea.
- ✚ Mantiene funcionando la musculatura inspiratoria.
- ✚ Como paso previo a la retirada definitiva del ventilador.

PSV (ventilación con presión de soporte)

La combinación de PSV con otros modos (SIMV o CPAP) conforma en la actualidad una alternativa muy eficaz en la retirada del ventilador.

Efectos fisiológicos de la PSV:

- ✚ Aumenta el volumen corriente
- ✚ Disminuye el trabajo respiratorio y el consumo de oxígeno por los músculos inspiratorios.
- ✚ Disminuye la auto PEEP por disminución de la FR y aumento del tiempo espiratorio.
- ✚ Disminuye el trabajo para vencer la resistencia del tubo endotraqueal.
- ✚ Los niveles óptimos de PSV son variables y dependen de la particularidad de cada paciente.
- ✚ Generalmente se utilizan rangos de inicio de 20 cmH₂O y su disminución depende de la evolución dentro del programa de retirada.

PEEP (presión positiva al final de la espiración)

- ✚ Puede ser aplicada en las diferentes modalidades de ventilación mecánica.
- ✚ Evita el cierre de las vías aéreas.
- ✚ Facilita el llenado alveolar por tanto mejora la distribución de la ventilación alveolar.

CPAP (presión positiva continua en las vías aéreas)

- ✚ Es una forma de PEEP que se da al paciente que respira espontáneamente

NPPV (ventilación no invasiva)

La aplicación de la presión positiva continua en las vías aéreas superiores CPAP, por medio de máscara facial (oronasal, nasal) se considera como un método de soporte ventilatorio no invasivo.

Preserva su mecanismo de defensa y permite al paciente, comer, beber, hablar y expectorar secreciones.

Utilidad:

- ✚ Pacientes con insuficiencia respiratoria hipercápnica por apnea obstructiva del sueño (OSA).
- ✚ Exacerbación de EPOC, asma severa.
- ✚ Obesidad mórbida.
- ✚ Enfermedades neurológicas.
- ✚ Deformaciones torácicas.

Plasmaféresis

La plasmaféresis es un método mediante el cual se extrae completamente la sangre del cuerpo y se procesa de forma que los glóbulos blancos y rojos se separen del plasma. Las células de la sangre se devuelven luego al paciente sin el plasma, el cual el organismo sustituye rápidamente.

La plasmaféresis elimina los anticuerpos de la sangre. Los anticuerpos son proteínas que se encuentran en el plasma que erróneamente ataca a los tejidos de su propio cuerpo. En algunos casos, la plasmaféresis se utiliza para eliminar toxinas o sustancias metabólicas de la sangre.

La plasmaféresis se utiliza para tratar lo siguiente:

- ✚ Enfermedades autoinmunitarias: condiciones que se producen cuando el sistema inmunitario ataca a sus propios tejidos y órganos.
- ✚ Enfermedades neurológicas: trastornos que afectan el sistema nervioso.
- ✚ Niveles de colesterol muy altos que no disminuyen con dieta y medicamentos.

La plasmaféresis se realiza utilizando una máquina de aféresis, también llamada un separador celular. La máquina funciona en una de dos formas. Ya sea que haga girar la sangre a altas velocidades para separar las células sanguíneas del plasma, o que pase la sangre a través de una membrana especial. La membrana tiene diminutos poros por los que sólo puede pasar el plasma, separando las células sanguíneas.

Por lo general, un curso de plasmaféresis consiste en plasmaféresis [plasma exchange, PE) a razón de aproximadamente 40 a 50 ml/kg cuatro veces en una semana. El meta análisis de estudios clínicos aleatorios indica que el tratamiento disminuye la necesidad de ventilación mecánica a casi la mitad (de 27 a 14% con PE) y aumenta la probabilidad de recuperación completa después de un año (de 55 a 68%). En individuos tratados tempranamente en la evolución de la enfermedad y que mejoran, puede observarse recidiva en la segunda o tercera semana.

Pronóstico y recuperación.

Alrededor de 85% de los pacientes con SGB logran la recuperación funcional completa al cabo de varios meses o un año, aunque pueden persistir pequeñas alteraciones en la exploración física (como la arreflexia). La tasa de mortalidad es <5% en el mejor de los contextos; en los casos de fallecimiento, la causa de la muerte suelen ser complicaciones pulmonares secundarias. El pronóstico es peor en los pacientes con lesión axónica proximal motora y sensitiva grave. Esta lesión axónica puede ser primaria o secundaria pero en cualquier caso no es posible una regeneración eficaz. Otros factores que empeoran el pronóstico de recuperación son edad avanzada, cuadros fulminantes o muy graves y retraso en el inicio del tratamiento.

Complicaciones.

- ✚ Potencial riesgo de infecciones sanguíneas durante el tratamiento
- ✚ Supresión del sistema inmune del paciente
- ✚ Hemorragias o hematomas en el lugar del catéter
- ✚ Supresión excesiva del sistema inmunitario: el cuerpo puede tener dificultad para combatir una infección, debido a la eliminación de los anticuerpos de la sangre durante el tratamiento. Los anticuerpos son proteínas producidas por el organismo para combatir las infecciones.
- ✚ Caída de la presión arterial: puede causar aturdimiento, mareos, visión borrosa, enfriamiento, sudoración o calambres abdominales temporales.

MEDICAMENTOS

Enoxaparina Sódica

Indicaciones Terapéuticas

- ✚ Profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa, en particular la que puede asociarse con cirugía ortopédica o general.
- ✚ Profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en pacientes no quirúrgicos, debida a enfermedad aguda incluyendo insuficiencia cardíaca, falla respiratoria, infecciones graves, enfermedades reumáticas.
- ✚ Tratamiento de trombosis venosa profunda, con o sin embolia pulmonar.
- ✚ Prevención de la formación de trombos en la circulación extracorpórea durante la hemodiálisis.
- ✚ Tratamiento de angina inestable e infarto al miocardio sin elevación del segmento ST, administrada de manera concomitante con ácido acetilsalicílico

Farmacocinética

Características generales: Los parámetros farmacocinéticos de la enoxaparina sódica se han estudiado principalmente en términos del curso temporal de la actividad anti-Xa plasmática, y también de la actividad anti-IIa, en el rango de dosis recomendadas, después de una o repetidas administraciones subcutáneas y después de una administración intravenosa.

La determinación cuantitativa de las actividades farmacocinéticas anti-Xa y anti-IIa se efectuó con métodos amidolíticos validados con sustratos específicos y un estándar de enoxaparina calibrado contra el estándar internacional para heparinas de bajo peso molecular (NIBSC).

Biodisponibilidad y absorción:

La biodisponibilidad absoluta de la enoxaparina sódica después de la inyección subcutánea, con base en la actividad anti-Xa, es cercana al 100%. El volumen de inyección y la concentración de la dosis en el rango de 100-200 mg/ml no afectan los parámetros farmacocinéticos en voluntarios sanos.

Distribución:

El volumen aparente de distribución de la actividad anti-Xa de la enoxaparina sódica es aproximadamente 5 l y es cercano al volumen sanguíneo.

Eliminación y metabolismo:

La enoxaparina sódica es un fármaco de baja depuración, cuya depuración anti-Xa plasmática promedio es de 0.74 l/h, después de una perfusión intravenosa de 1.5 mg/kg durante 6 horas. La eliminación es monofásica con una vida media que varía aproximadamente de 4 horas, después de una dosis subcutánea, a 7 horas después de dosis repetidas.

La enoxaparina sódica se metaboliza principalmente en el hígado, mediante desulfatación y/o despolimerización, a compuestos de menor peso molecular con potencia biológica muy reducida. La depuración renal de los fragmentos activos representa cerca de 10% de la dosis administrada, mientras que la excreción renal total de los fragmentos activos e inactivos representa 40% de la dosis.

Reacciones Secundarias

Hemorragia: Como con otros anticoagulantes, puede presentarse sangrado en presencia de factores de riesgo asociados como: lesiones orgánicas susceptibles de sangrar, procedimientos invasivos o uso de medicamentos que afecten la hemostasis (véase Precauciones generales e Interacciones medicamentosas y de otro género).

Existen reportes de hematomas neuroaxiales con el uso concomitante de enoxaparina sódica y anestesia espinal/epidural o punción espinal. Tales eventos han resultado en grados variables de lesiones neurológicas que incluyen parálisis a largo.

Trombocitopenia: Se ha reportado trombocitopenia moderada, transitoria y asintomática durante los primeros días de terapia. Existen escasos reportes de casos de trombocitopenia inmunoalérgica con trombosis. En algunos casos la trombosis estuvo complicada por infarto de algún órgano o isquemia de algún miembro.

Reacciones locales: Después de la inyección subcutánea de enoxaparina sódica puede presentarse dolor, hematoma e irritación local ligera. En raras ocasiones se han observado en el sitio de inyección nódulos inflamatorios sólidos que no son encapsulamientos quísticos de enoxaparina sódica. Éstos se resuelven después de pocos días y no deben causar la discontinuación del tratamiento. Se han reportado casos excepcionales de necrosis cutánea en el sitio de inyección, con las heparinas y las heparinas de bajo peso molecular. Estos fenómenos son precedidos generalmente por placas eritematosas o púrpura, infiltradas y dolorosas.

Dosis y Vía de Administración

Profilaxis de trombosis venosa en pacientes quirúrgicos: En pacientes con riesgo moderado de ETV (por ejemplo, cirugía abdominal), la dosis recomendada de enoxaparina sódica es de 20 mg una vez al día, mediante inyección subcutánea. En cirugía general, la primera inyección debe aplicarse 2 horas antes del procedimiento quirúrgico.

En pacientes con alto riesgo de ETV (por ejemplo, cirugía ortopédica), la dosis recomendada de enoxaparina sódica administrada por vía subcutánea es 40 mg una vez al día, iniciando 12 horas antes de la cirugía.

El tratamiento con enoxaparina sódica generalmente se prescribe por un periodo promedio de 7 a 10 días. Un tratamiento más prolongado puede ser apropiado en algunos pacientes, y la enoxaparina sódica debe seguir administrándose mientras exista riesgo de trombosis venosa profunda y hasta que el paciente sea ambulatorio.

Después de la terapia inicial, la terapia continuada con 40 mg una vez al día por 3 semanas ha demostrado ser benéfica en cirugía ortopédica.

Profilaxis de enfermedad tromboembólica venosa en pacientes no quirúrgicos: La dosis recomendada de enoxaparina sódica es de 40 mg una vez al día por vía subcutánea. El tratamiento con enoxaparina sódica se prescribe por un mínimo de 6 días y se continúa hasta la ambulación completa, por un máximo de 14 días.

Tratamiento de trombosis venosa profunda con o sin embolia pulmonar: La enoxaparina sódica puede administrarse subcutáneamente en una sola inyección de 1.5 mg/kg/día o en dos inyecciones diarias de 1 mg/kg.

El tratamiento con enoxaparina sódica generalmente se prescribe por un periodo promedio de 10 días. La terapia anticoagulante oral debe iniciarse cuando sea apropiado, y el tratamiento con enoxaparina sódica debe continuarse hasta alcanzar un efecto anticoagulante terapéutico.

AMLODIPINO

Cada TABLETA contiene:

Besilato de amlodipino equivalente a..... 5 mg

de amlodipino

Excipiente, c.b.p. 1 tableta.

Indicaciones Terapéuticas

Hipertensión: El AMLODIPINO está indicado como tratamiento inicial de primera elección de la hipertensión arterial y puede usarse como monoterapia para el control de la presión arterial sanguínea en la mayoría de los pacientes.

Aquellos enfermos que no estén adecuadamente controlados con un solo antihipertensivo pueden beneficiarse al agregar AMLODIPINO, el cual se ha utilizado en combinación con diuréticos tiazídicos, agentes bloqueadores de adrenorreceptores beta, bloqueadores alfa, o inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.

AMLODIPINO también se indica para reducir el riesgo de enfermedad coronaria fatal y de infarto al miocardio no fatal, y para reducir el riesgo de enfermedad vascular cerebral.

Enfermedad arterial coronaria: AMLODIPINO está indicado para reducir el riesgo de revascularización coronaria y la necesidad de hospitalización debido a angina en pacientes con enfermedad arterial coronaria.

Angina estable crónica: El AMLODIPINO está indicado para el tratamiento de primera elección en la isquemia del miocardio, por obstrucción fija (angina estable) y/o vasospasmo/vasoconstricción (angina variante de Prinzmetal) de los vasos coronarios.

Farmacodinamia:

El amlodipino es un inhibidor de la entrada de iones de calcio (bloqueador de los canales lentos o antagonista del ion calcio) e inhibe la afluencia transmembrana de los iones de calcio, tanto del músculo cardíaco como del músculo liso.

El mecanismo de la acción antihipertensiva de amlodipino se debe al efecto relajante directo sobre el músculo liso de los vasos. No ha sido completamente esclarecido el mecanismo preciso mediante el cual amlodipino alivia la angina, pero amlodipino reduce la carga isquémica total por medio de las dos acciones siguientes:

1. El amlodipino dilata las arteriolas periféricas, reduciendo la resistencia periférica total (poscarga) contra la cual trabaja el corazón. Dado que la frecuencia cardíaca no se modifica, esta reducción en la carga de trabajo cardíaco se acompaña de una disminución tanto en el consumo de energía como en los requerimientos de oxígeno por el miocardio.
2. El mecanismo de acción de amlodipino probablemente involucra también dilatación de las principales arterias y arteriolas coronarias, tanto en zonas de isquemia como normales.
3. Esta dilatación incrementa el aporte de oxígeno al miocardio en pacientes con espasmo arterial coronario (angina variante o de Prinzmetal) y en episodios agudos de vasoconstricción coronaria inducidos por fumar.

Contraindicaciones

El AMLODIPINO está contraindicado en pacientes con sensibilidad conocida a las dihidropiridinas, AMLODIPINO o los excipientes contenidos en su formulación, menores de 18 años, hipotensión severa, choque, angina de pecho inestable.

Reacciones Secundarias y Adversas

El AMLODIPINO es bien tolerado. En estudios clínicos controlados con placebo, que incluyeron pacientes con hipertensión o angina, las reacciones secundarias más comúnmente observadas fueron: bochornos, fatiga, edema, cefalea, mareos, dolor abdominal, náuseas, palpitaciones, somnolencia.

En estos estudios clínicos no se observaron modificaciones importantes en los estudios de laboratorio, que pudieran relacionarse con la administración de AMLODIPINO. Reacciones secundarias que se han observado menos comúnmente durante su comercialización incluyen: sequedad bucal, diaforesis, astenia, dolor de espalda, malestar general, dolor, aumento/disminución del peso corporal, hipotensión, síncope, hipertonia, hipoestesia/parestesia, neuropatía periférica, temblor, ginecomastia, alteración en los hábitos intestinales, dispepsia (incluyendo gastritis), hiperplasia gingival, pancreatitis, vómito, hiperglucemia, artralgia, calambres musculares, mialgia, púrpura, trombocitopenia, impotencia, insomnio, cambios en el estado de ánimo, tos, disnea, rinitis, alopecia, hipopigmentación, urticaria, alteración del gusto, tinnitus, poliaquiuria, desorden de la micción, nicturia, vasculitis, alteraciones visuales, leucopenia. Rara vez pueden ocurrir reacciones alérgicas, incluyendo prurito, rash, angioedema y eritema multiforme.

Dosis y Vía De Administración: Oral.

Tanto para la hipertensión como para la angina, la dosis inicial habitual es de 5 mg una vez al día, la cual puede incrementarse hasta una dosis máxima de 10 mg al día, dependiendo de la respuesta individual.

Para pacientes con enfermedad arterial coronaria, el rango recomendado de dosificación es 5-10 mg al día.

En estudios clínicos la mayoría de los pacientes requirieron 10 mg.

No se requieren ajustes en la dosis de AMLODIPINO cuando se administra en forma concomitante con diuréticos tiazídicos, bloqueadores beta e inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina.

METOPROLOL

Cada TABLETA contiene:

Metoprolol..... 100 mg

Indicaciones Terapéuticas:

Hipertensión leve, moderada o severa, como agente único o en combinación con otros antihipertensivos.

Tratamiento crónico de la angina de pecho. Para el tratamiento agudo se debe continuar el uso de nitroglicerina ya que METOPROLOL no es un sustituto de ésta. Taquicardia supraventricular.

Farmacocinética

El Metoprolol es absorbido rápida y completamente, más del 95% de una dosis oral se detecta en general en forma de Metoprolol y sus metabolitos en la orina. Las concentraciones plasmáticas máximas se alcanzan al cabo de hora y media a dos horas aproximadamente.

Debido al efecto de primer paso, alrededor del 50% de una dosis simple oral de Metoprolol alcanza la circulación general. Si se repite la dosis, el porcentaje de la dosis disponible sistémicamente es mayor que con una dosis simple y se eleva también en función de la dosis. La disponibilidad sistémica de una dosis oral simple puede aumentar en un 20 a 40% aproximadamente si se administra junto con alimentos.

Menos del 5% de la dosis se excreta en forma inalterada en la orina. El promedio de la vida media de eliminación es de unas tres horas y media.

Farmacodinamia

El Metoprolol es un betabloqueador cardioselectivo, actúa sobre los receptores beta 1 localizados principalmente en el corazón, a dosis menores ante todo en los bronquios y los vasos periféricos. El Metoprolol no ejerce una acción estabilizante de membrana ni posee una actividad antagonista parcial.

El Metoprolol disminuye o inhibe el efecto estimulante de las catecolaminas en el corazón, lo que da una reducción de la frecuencia cardiaca, de la contractilidad cardiaca y del volúmen-minuto cardiaco.

El Metoprolol incrementa primero la resistencia en los vasos periféricos, que se normaliza e incluso desciende en el curso del tratamiento prolongado.

En la angina de pecho, el Metoprolol reduce el número y la gravedad de las crisis y aumenta la tolerancia física al esfuerzo.

El Metoprolol regula la frecuencia cardiaca en caso de taquicardias supraventriculares, fibrilación auricular y extrasistoles ventriculares.

Su efecto antiarrítmico se base en primer lugar en que inhibe el automatismo de las células marcapasos y alarga el tiempo de conducción auriculoventricular.

Contraindicaciones

Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula. METOPROLOL está contraindicado en los pacientes con bradicardia sinusal, bloqueo AV mayor de primer grado, choque cardiogénico e insuficiencia cardiaca descompensada.

METOPROLOL tampoco se debe usar en los casos de infarto al miocardio que cursen con bradicardia, presión sistólica menor a 100 mmHg, o en pacientes con datos de insuficiencia cardiaca.

Reacciones Secundarias y Adversas:

La mayoría de las reacciones adversas al METOPROLOL son leves y transitorias. Se ha reportado fatiga y mareo hasta en 10% de los pacientes que usan el medicamento, otras reacciones son confusión mental, cefalea, insomnio y somnolencia. Se ha reportado el desarrollo de disnea y bradicardia, palpitaciones,

insuficiencia cardiaca congestiva, insuficiencia arterial periférica, edema periférico, síncope, dolor torácico e hipotensión. También hay reportes de broncospasmo y disnea.

La diarrea se puede presentar hasta en 5% de los pacientes, mientras que la náusea, dolor abdominal, boca seca, constipación y flatulencia se han reportado en 1% de los pacientes que recibieron METOPROLOL.

También se han reportado casos de prurito y erupciones, así como de agravamiento de la psoriasis. Finalmente, ha habido escasos reportes de enfermedad de Peyronie, visión borrosa, disminución de la libido, tinnitus, alopecia reversible, agranulocitosis y falta de lágrimas.

Dosis y Vía De Administración:

Hipertensión: La dosis usual es de 50 mg a 400 mg/día en una o 2 dosis y 200 mg administrados en una sola toma, o en dos tomas divididas.

Angina de pecho: La dosis es de 50 mg a 200 mg 2 veces al día.

Arritmias: La dosis es entre 150 a 300 mg divididos en dos o tres tomas diarias hasta un máximo de 300 mg/día.

Infarto del miocardio: La dosis se debe ajustar de acuerdo con el estado hemodinámico del paciente, en general, la dosis de inicio es de 50 mg cada 6 horas por dos días y la de mantenimiento es de 200 mg administrados en dos tomas diarias con un intervalo de 12 horas.

SENÓCIDOS A-B

Cada TABLETA contiene:

Senósidos A-B..... 187 mg

obtenidos de polvo de vaina de Cassia acutifolia

Excipiente, c.b.p. 1 tableta.

Indicaciones Terapéuticas:

SENÓSIDOS A-B son un laxante natural de origen vegetal para el tratamiento de la constipación leve provocada por malos hábitos alimentarios, falta de ejercicio e inadecuada ingesta de fibra natural.

SENÓSIDOS A-B también están indicados en los siguientes casos:

- ✚ Alivio del dolor de la evacuación en pacientes con heridas de episiotomía, hemorroides trombosadas, fisuras anales o abscesos perianales.
- ✚ Para facilitar la eliminación y reducir el esfuerzo y presión intraabdominal excesivos en pacientes con hernias diafragmáticas o de la pared abdominal, estenosis anorrectal, aneurisma y otras enfermedades de las arterias cerebrales y coronarias.
- ✚ Para el alivio de la constipación durante el embarazo y el posparto.
- ✚ En pacientes geriátricos con una inadecuada ingesta de fibra y cuyas paredes abdominales y músculos perianales han perdido su tono.
- ✚ En pacientes con severas enfermedades neuromusculares.
- ✚ En niños con megacolon adquirido o congénito.
- ✚ Cuando la motilidad intestinal ha sido alterada por otros medicamentos como anticolinérgicos u opioides.
- ✚ Para prevenir o disminuir la absorción de amonio y otras neurotoxinas en pacientes con encefalopatía hepática.
- ✚ Para preparar el intestino a procedimientos quirúrgicos o radiológicos.

- ✚ Para proveer de una evacuación fresca para exámenes coproparasitoscópicos.
- ✚ Para acelerar la excreción de diversos parásitos incluyendo nematodos después de una terapia antihelmíntica.
- ✚ Para acelerar la excreción de venenos ingeridos por vía oral.
- ✚ Para modificar las evacuaciones de pacientes con ileostomía o colostomía.

Los SENÓSIDOS A-B son particularmente útiles en pacientes con constipación aguda, en pacientes geriátricos con malos hábitos de alimentación o músculos abdominales débiles. Algunos estudios señalan la utilidad de SENÓSIDOS A-B para el tratamiento de la encopresis infantil.

Contraindicaciones

SENÓSIDOS A-B están contraindicados en pacientes con desequilibrio hidroelectrolítico, apendicitis, dolor abdominal, náusea y vómito. La impactación fecal y la obstrucción o perforación intestinal también son contraindicaciones, debido a que el medicamento puede empeorar los síntomas.

Reacciones Secundarias y Adversas:

Las reacciones adversas que se han reportado son: náuseas, vómito, diarrea, pérdida de la función normal del intestino (cuando se usa excesivamente), dolor cólico (especialmente en la constipación severa), mala absorción de nutrientes, colon catártico en el uso crónico, constipación después de la catarsis, heces amarillas o amarillo-verdosas, diarrea en hijos de madres lactantes que toman el medicamento, pigmentación oscura de la mucosa rectal cuando se usa a largo plazo (la cual es reversible en un lapso de 4 a 12 meses).

En el aparato genitourinario se puede encontrar una coloración rojiza en la orina alcalina, o amarillo-café en la orina ácida.

También se puede encontrar hipocalcemia, enteropatía proteínica y desequilibrio electrolítico con el uso excesivo. Se ha reportado la pérdida de la inervación intrínseca y atrofia de la capa muscular lisa.

Dosis y Vía De Administración:

Oral.

Adolescentes y adultos: 1-2 tabletas antes de acostarse.

ZONAKER

Cada ml de solución contiene:

Hialuronato de sodio..... 4.0 mg

Vehículo, c.b.p. 1.0 ml.

Indicaciones Terapéuticas

ZONAKER está indicado para el tratamiento de los síntomas del padecimiento del ojo seco empleándose como lágrima artificial. Favorece la cicatrización corneal al disminuir el trauma del parpadeo, lo que permite una mejor adherencia y cicatrización epitelial. En el posquirúrgico de cirugía refractiva (Lasik y PRK).

Farmacocinética y Farmacodinamia

Uno de los componentes de ZONAKER es el hialuronato de sodio, este glicosaminoglicano que incluso se encuentra en el humor vítreo y acuoso del ojo, es un viscoelástico que por sus propiedades como viscosidad, elasticidad, cohesividad, pseudoplasticidad y capacidad de retener macromoléculas hídricas le permite estabilizar la película lagrimal de la siguiente manera: 1) protegiendo y lubricando las células, 2) manteniendo el adecuado espesor de la PLPC en la córnea y la correcta concentración del número de células mucosecretantes; 3) promoviendo la proliferación celular y la migración epitelial corneal. 4) manteniendo el correcto balance osmolar de la película lagrimal y 5) disminuye el trauma al parpadear. Como lágrima artificial, para ser eliminado, primero pasa al lago lagrimal a través de los conductillos lagrimales al conducto lagrimal-nasal. Los estudios en animales indican que el hialuronato es metabolizado principalmente a nivel hepático a través de los pinocitos y células de Kuffer

Reacciones Secundarias

ZONAKER generalmente es bien tolerado, ocasionalmente puede presentarse la sensación de cuerpo extraño, irritación transitoria y leve visión borrosa que desaparecen después de 1 minuto de su aplicación.

Dosis y Vía de Administración

Instilar 2 gotas en el saco conjuntival de cada ojo cada 30 minutos o cada tres horas. La dosis puede variar dependiendo de las necesidades del paciente.

MAXUS

Cada 100 ml contiene:

Condroitin Sulfato 3 g;

Acido Hialurónico (Sal Sódica);

Sorbato de Potasio.

Acción Terapéutica

Humectante de la córnea.

Indicaciones:

Tratamiento sintomático de insuficiencia lagrimal. Alteraciones corneales por déficit de mucopolisacáridos. Maxus Visc/condroitín sulfato es un gel, indicado en uso nocturno, para mantener la lubricación ocular durante las horas de sueño, en que no es posible la instilación frecuente de gotas o en casos en que la sequedad y el malestar requieran de un producto más viscoso.

Dosis y Vía de Administración

Aplicar 1 ó 2 gotas directamente sobre cada ojo 4 ó 5 veces por día. Especialmente indicado para aplicar antes de acostarse.

PARACETAMOL

Cada ml de SOLUCIÓN contiene:

Paracetamol (acetaminofén)..... 100 mg

Cada TABLETA contiene:

Paracetamol (acetaminofén)..... 500 mg

Indicaciones Terapéuticas

Es un analgésico y antipirético eficaz para el control del dolor leve o moderado causado por afecciones articulares, otalgias, cefaleas, dolor odontogénico, neuralgias, procedimientos quirúrgicos menores etc. También es eficaz para el tratamiento de la fiebre, como la originada por infecciones virales, la fiebre pos-vacunación, etcétera.

Contraindicaciones

Hipersensibilidad.

Debido a que se metaboliza en el hígado, se debe administrar con precaución en pacientes con daño hepático, al igual que en aquellos que están recibiendo medicamentos hepatotóxicos o que tienen nefropatía.

Paracetamol tampoco se debe administrar por periodos prolongados ni en mujeres embarazadas.

La ingestión de 3 o más bebidas alcohólicas por periodos prolongados, puede aumentar el riesgo de daño hepático o sangrado del tubo digestivo asociado al uso de paracetamol, por lo que se deben considerar estas condiciones al prescribir el medicamento.

Reacciones Adversas

Paracetamol ha sido asociado al desarrollo de neutropenia, agranulocitopenia, pancitopenia y leucopenia.

De manera ocasional, también se han reportado náusea, vómito, dolor epigástrico, somnolencia, ictericia, anemia hemolítica, daño renal y hepático, neumonitis, erupciones cutáneas y metahemoglobinemia.

El uso prolongado de dosis elevadas de paracetamol puede ocasionar daño renal y se han reportado casos de daño hepático y renal en alcohólicos que estaban tomando dosis terapéuticas de paracetamol.

La administración de dosis elevadas puede causar daño hepático e incluso necrosis hepática.

Dosis y Vía de Administración

Adultos: La dosis normal para analgesia y el control de la fiebre es de 325 a 1,000 mg cada cuatro horas, hasta un máximo de 4 gramos al día.

Pacientes con insuficiencia renal: Se recomienda aumentar el intervalo de administración a seis horas en los pacientes con daño renal moderado (tasa de filtración glomerular entre 10 a 50 ml/min), y a ocho horas en los pacientes cuya tasa de filtración glomerular sea menor de 10 ml/min.

La vida media del paracetamol se prolonga en los pacientes con daño hepático, pero no se ha definido la necesidad de realizar ajustes en la dosis del medicamento en este grupo de pacientes y, en general, se considera seguro administrar la dosis normal en pacientes con padecimientos hepáticos crónicos estables.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: R.N.N.C

EDAD: 32

FECHA DE NACIMIENTO: 25 de Marzo de 1979

SEXO: Femenino

ESTATURA: 1.65

PESO: 65 Kg

RELIGIÓN: Católico

LUGAR DE NACIMIENTO: México D.F

IDIOMA: Español

ESTADO CIVIL: Casada

TIPO DE FAMILIA: Nuclear

DOMICILIO: Buganvillas N° 213 Lot. 32 Mzn. 12 Depto. 32 Héroes de Coacalco Edo
de México

TELÉFONO: No proporcionado

Exploración Física.

Se trata de un paciente del sexo femenino de 32 años de edad el cual se encuentra en estado de cuadriplejia, estuporoso, pupilas con midriasis con fondo de ojo sin alteraciones, parpados constantemente abiertos, con ligera palidez de tegumentos mucosas orales deshidratadas con diversas laceraciones ocasionadas por si misma en el labio inferior y en encías, se encuentra con apoyo ventilatorio CPAP con traqueotomía, cuello sin adenomegalias palpables tórax sin alteraciones a simple vista mamas simétricas y sin alteración aparente abdomen blando deprecible, perístasis disminuida y estreñimiento, con gastrostomía, genitales sin alteración, sonda Foley a derivación con presencia de orina turbia y de olor fétido, miembros inferiores con disminución de tono muscular y fuerza,

El padecimiento actual lo inicia el día 11 de Noviembre del 2010 el cual inicia como gripe por lo cual acude a medico particular y da medicamento para infección de garganta 4 días después inicia con adormecimiento de miembros inferiores y hormigueo por lo cual acude a clínica particular llegando a la clínica empieza con dificultad respiratoria por lo cual el médico le indica a su esposo que lo trasladen al “Hospital General de México” llegando a esta institución a la unidad de urgencias con dificultad respiratoria por lo cual es entubada.

INDICACIONES

1.- DIETA.

1.1 Líquida de 2000 Kcal. en 2000ml dividido en 5 tomas

2.-SOLUCIONES.

2.1 Sin Soluciones.

3.- MEDICAMENTOS.

- 3.1 Enoxaparina 60mg S.C C-24 hrs.
- 3.2 Amlodipino 5mg S.G C-24 hrs.
- 3.3 Metoprolol 100mg S.G 1-1-0
- 3.4 Senocidos AB 2 tab S.G C-24 hrs
- 3.5 Zonaker 1gota en cada ojo C-hora
- 3.6 Maxus 1gota en cada ojo C-hora
- 3.7 Paracetamol 500mg S.G PRN

4.- CUIDADOS GENERALES

- 4.1 Semi-flower estricto
- 4.2 Baño diario
- 4.3 Cuidados de Paciente Neurológico
- 4.4 Oclusión de ojo Izquierdo
- 4.5 Curación de Gastrostomía
- 4.6 Aspiración de secreciones
- 4.7 Vendaje Compresivo

CONSTANTE VITAL	1/02/2011	2/02/2011	3/02/2011	4/02/2011
T/A	100/70	120/70	120/80	110/70
F.C	78	120	92	
F.R	17	19	12	
T°	36 ⁵	37°	36 ⁸	
Sat de O²	96%	99%	88%	
Llenado Capilar	2''	2''	2''	

VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

1. Respiración
Se encuentra con ventilación mecánica en parámetros de CPAP con una frecuencia respiratoria de 12 x min.
2. Alimentación e Hidratación.
Se encuentra con dieta licuada por Gastroclisis
3. Eliminación.
Se encuentra con sonda Foley con presencia de orina con sedimentos, en cuanto a eliminación fecal tiene indicado senocidos A-B cada 24 horas
4. Movimiento y mantener una buena postura.
Es un paciente que depende totalmente de enfermería puesto que presente cuadriplejia con una escala de Braden de 7pts.
5. Descanso y sueño.
Sin alteraciones aparentes
6. Vestido.
No se valora
7. Termorregulación.
Normo térmica
8. Higiene.
Depende totalmente de Enfermería y de sus Familiares
9. Evitar Peligros.
Paciente con riesgo de caídas.
10. Comunicación.
No se puede valorar
11. Creencias.
No se puede valorar
12. Trabajo.
No se puede valorar
13. Recreación.
No se puede valorar.
14. Aprendizaje.
No se puede valorar.

ANÁLISIS DE DATOS

EXAMEN GENERAL DE ORINA

Examen Físico			
	RESULTADO	REFERENCIA	OBSERVACIONES
Color	Incoloro	Ámbar	NINGUNA
Aspecto	Turbio	Transparente	COLONIZACIÓN

Examen Químico				
	RESULTADO	UNIDAD	REFERENCIA	OBSERVACIÓN
Gravedad Especifica	1.004		1.005 – 1.010	---
Ph	7.5		5 – 6	Los valores aumentan en las IVU y la alcalosis grave
Leucos	500	LEU/ul	Negativo	Aumentan en las infecciones renales
Nitros	Positivo		Negativo	
Proteínas	20	mg/dl	Negativo	
Glucosa	Negativo	mg/dl	Negativo	---
Cetonas	Negativo	mg/dl	Negativo	---
Urobilinogeno	Negativo	mg/dl	Normal	---
Hemoglobina	Negativo	mg/dl	Negativo	---

Examen Microscópico				
	RESULTADO	UNIDAD	REFERENCIA	OBSERVACIONES
Células Epiteliales	Escasas		Escasas	---
Leucocitos	101	Campo	0 – 5	Denota Infección
Bacterias	Abundante			Denota Infección
Cilindros	3/CPB			---

FECHA: 04 DE FEBRERO DEL 2011

BIOMETRÍA HEMÁTICA

	RESULTADO	UNIDAD	REFERENCIA	OBSERVACIONES
Leucos	14.96	x 10e 3/uL	5 – 10	Aumenta cuando hay INFECCIÓN
Neutrófilos %	80.29	%	60 – 70	Aumenta cuando hay infección principalmente por Bacterias y hongos
Linfocitos %	11.22	%	20 – 30	La disminución puede deberse a una quimioterapia, leucemia, radioterapia o sepsis]
Monocitos %	4.45	%	6 – 8	
Bandas %	0	%	0 – 7	
Eusinofilos %	3.49	%	1 – 3	Aumenta como una respuesta inmune.
Basófilos %	0.55	%	0 – 1	
Neutrófilos	12.01	x 10e 3/uL	3 – 7	Aumenta cuando hay infección principalmente por Bacterias y hongos
Linfocitos	1.68	x 10e 3/uL	1 – 3	
Monocitos	0.670	x 10e 3/uL	0.3 – 0.8	Aumentan principalmente en infección bacteriana
Bandas	0			
Eusinofilos	0.52	x 10e 3/uL	0.1 – 0.3	Están involucrados en casos de alergias y reacciones a parásitos.
Basofilos	0.08	x 10e 3/uL	0 – 0.1	Están relacionados con reacciones alérgicas crónicas como el asma o las alergias de piel
Eritrocitos	5.34	x 10e 3/uL	4.2 – 5.4	
Hemoglobina	15.08	g/dl	12 – 16	
Hematocrito	43.15	%	37 – 47	
Vol. Corpuscular Medio	80.75	fL	38 – 100	
Hemoglobina Cospuscular Media	28.22	pg	27 – 31	
Concentración Media de Hb* Corpuscular	34.95	g/dl	33 – 37	
RDW**	13.68	%	11.5 – 14.5	
Plaquetas	408.40	x 10e 3/uL	130 – 400	Su aumento se puede deber a Anemia, Leucemia o Trombocitopenia.
Vol. Plaquetario	8.63	fL	7.4 – 10.4	

*Hb: Hemoglobina

**RDW: Ancho de Distribucion de Eritrocitos

FECHA: 27 DE ENERO DEL 2011

QUÍMICA SANGUÍNEA

	RESULTADO	UNIDAD	REFERENCIA	OBSERVACIONES
Glucosa	113	mg/dl	74 – 118	
Urea	6.4	mg/dl	17.4 – 55.8	Disminuye en la falla Hepática, Malnutrición, dieta pobre en proteínas.
Creatinina	0.3	mg/dl	0.4 – 1	
Albumina	3.10	g/dl	3.5 – 4.8	
TGP*	12	U/L	14 – 54	
TGO**	146	U/L	15 – 41	
Calcio	8.40	mg/dl	8.9 – 10.3	
Fosfatp	4.9	mg/dl	2.4 – 4.7	
Magnesio	2.6	mg/dl	1.8 – 2.5	

*TGP: Amino Transferasa Alcalina

**TGO: Amino Transferasa de Aspartato

FECHA: 27 DE ENERO DEL 2011

UROCULTIVO

ORGANISMO: <i>Pseudomonas Aeruginosa</i>	
Resultado	
Amicacina	R
Ampicilina	S
Aztreonam	R
Cefazolina	S
Cefepime	R
Cefataxima	R
Cefotetan	S
Ceftazidima	R
Ceftriaxona	R
Cefuraxima	R
Ciprofloxacino	R
Gentamicina	R
Imipenem	R
Levofloxacina	R
Meropenem	R
Moxifloxacina	R
PIP/TZO	R
TICAR/A CLAV	R
Tobramicina	R
TMT/SULFA	S

FECHA: 24 DE ENERO DEL 2011

UROCULTIVO

ORGANISMO: <i>Morganella morgani</i>	
Resultado	
Amicacina	R
Ampicilina	R
Aztreonam	R
Cefazolina	R
Cefepime	R
Cefataxima	R
Cefotetan	S
Ceftazidima	R
Ceftriaxona	R
Cefuraxima	R
Ciprofloxacino	R
Gentamicina	R
Imipenem	S
Levofloxacina	R
Meropenem	S
Moxifloxacina	R
PIP/TZO	S
TICAR/A CLAV	S
Tobramicina	R
TMT/SULFA	R

FECHA: 31 DE ENERO DEL 2011

UROCULTIVO

ORGANISMO: <i>Proteus Penneri</i>	
Resultado	
Amicacina	R
Ampicilina	R
Aztreonam	R
Cefazolina	R
Cefepime	R
Cefataxima	R
Cefotetan	S
Ceftazidima	R
Ceftriaxona	R
Cefuraxima	R
Ciprofloxacino	R
Gentamicina	R
Imipenem	R
Levofloxacina	R
Meropenem	S
Moxifloxacina	R
PIP/TZO	S
TICAR/A CLAV	S
Tobramicina	R
TMT/SULFA	R

FECHA: 31 DE ENERO DEL 2011

ANÁLISIS DE DATOS

NECESIDADES	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	CONDICIÓN
Oxigenación	F.R. 12 x min. Sat. O ₂ 88%		Totalmente Dependiente
Alimentación e Hidratación		Imposibilidad para alimentarse	Totalmente Dependiente
Eliminación		Dificultad para defecar Orina de color turbio y olor fétido.	Totalmente Dependiente
Mov. y Mantener una Buena Postura	Inmovilidad física		Totalmente Dependiente
Descanso y Sueño	—	—	—
Vestido		Imposibilidad para vestirse	Totalmente Dependiente
Termorregulación	—	—	—
Higiene		No se puede bañar	Totalmente Dependiente
Evitar Peligros		No Puede detectar los peligros	Totalmente Dependiente
Comunicación	—	—	—
Creencias	—	—	—
Trabajo	—	—	—
Recreación	—	—	—
Aprendizaje	—	—	—

JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES
Oxigenación	Oxigenación
Alimentación e Hidratación	Alimentación e Hidratación
Eliminación	Mov. y Mantener una Buena Postura
Mov. y Mantener una Buena Postura	Eliminación
Descanso y Sueño	Higiene
Vestido	Evitar Peligros
Termorregulación	Vestido
Higiene	Termorregulación
Evitar Peligros	Descanso y sueño
Comunicación	Comunicación
Creencias	Creencias
Trabajo	Trabajo
Recreación	Recreación
Aprendizaje	Aprendizaje

CONSTRUCCIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

PLAN DE CUIDADOS DEL SERVICIO DE: U-403 NEUROLOGIA AREA DE NEUROCLINICA

DOMINIO: 4 Actividad y Reposo	RESULTADOS NOC	INDICADORES	ESCALA LIKERT	PUNTUACION DIANA
CLASE: 4 Respuesta Cardiovascular				
ETIQUETA DIAGNOSTICA DETERIORO DE LA VENTILACION ESPONTANEA	RESPUESTA DE LA VENTILACION MECANICA	SATURACION DE O2	GRAVEMENTE COMPROMETIDO (1)	3 - 5
FACTOR RELACIONADO FATIGA DE LOS MÚSCULOS RESPIRATORIOS		PERFUSION DEL TEJIDO		4 - 5
		INTEGRIDAD DE LABIOS Y MUCOSA ORAL		4 - 5
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DISMINUCION DE LA SaO2		INTEGRIDAD DEL LUGAR DE TRAQUOSTOMIA		SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO (2)
	INTEGRIDAD DE LAS ESTRUCTURAS FARINGEAS NASALES	4 - 5		
	RESPUESTA DEL DESTETE DE LA VENTILACION MECANICA	F. R. ESPONTANEA	MEDERADAMENTE COMPROMETIDO (3)	
		PROFUNDIDAD RESPIRATORIA ESPONTANEA	LEVEMENTE COMPROMETIDO (4)	3 - 5
		RESPUESTA PARA ADAPTARSE A LOS CAMBIOS EN LA VENTILACION MECANICA		2 - 5
		SINCRONIA DEL ABDOMEN Y TORAX	NO COMPROMETIDO (5)	3 - 5
		DIFICULTAD PARA RESPIRAR POR SI MISMO		3 - 5
		SECRECIONES RESPIRATORIAS		3 - 3

INTERVENCIONES	ACTIVIDADES	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
AYUDA A LA VENTILACION	<ul style="list-style-type: none"> MANTENER UNA VIA AEREA PERMEABLE COLOCAR AL PACIENTE DE FORMA TAL QUE SE MINIMICEN LOS ESFUERZOS RESPIRATORIOS FOMETAR UNA RESPIRACION LENTA Y PROFUNDA INICIAR Y MANTENER SUPLEMENTO DE O2 	MANEJO DE LAS VIAS AEREAS ARTIFICIALES	<ul style="list-style-type: none"> ASPIRAR LA OROFARINGE Y LAS SECRECIONES DE LA PARTE SUPERIOR DEL TUBO. CAMBIAR LAS CINTAS Y SUJECIONES E LA TRAQUOSTOMIA C/24 Hrs. MINIMIZAR LA ACCION DE PALANCA Y LA TRACCION DE LA V. AEREA. ARTIFICIAL MEDIANTE LA SUSPENSIÓN DE LOS TUBOS DEL VENTILADOR DES DE LOS SOPORTES SUPERIORES. PROPORCIONAR CUIDADOS A LA TRAQUEA LIMPIAR CANULA INTERNA, LIMPIAR Y SECAR LA ZONA AL REDEDOR DEL ESTOMA. REALIZAR UNA TECNICA ESTERIL AL SUCCIONAR Y PROPORCIONAR LOS CUIDADOS DE LA TRAQUEOSTOMIA
VENTILACION MECANICA	<ul style="list-style-type: none"> CONSULTAR CON OTROS CUIDADORES PARA SELECCIÓN DE MODO DE VENTILACION. ASEGURARSE QUE LAS ALARMAS DEL VENTILADOR ESTEN ACTIVADAS. VACIAR EL AGUA CONDENSADA DE LAS TRAMPILLAS. VIGILAR EL PROGRESO DEL PACIENTE EN LOS AJUSTES DEL VENTILADOR. REALIZAR ASPIRACION EN FUNCION DE LA PRESENCIA. 		

PLAN DE CUIDADOS DEL SERVICIO DE: U-403 NEUROLOGIA AREA DE NEUROCLINICA

DOMINIO: 11 Seguridad/Proteccion CLASE: 2 Lesion Cutanea	RESULTADOS NOC ESTADO RESPIRATORIO: PERMEABILIDAD DE LAS VIAS AEREAS	INDICADORES FACILIDAD RESPIRATORIA FRECUENCIA RESPIRATORIA RITMO RESPIRATORIO ELIMINA OBSTÁCULOS DE LA VÍA AÉREA	ESCALA LIKERT GRAVEMENTE COMPROMETIDO (1) SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO (2) MEDERADAMENTE COMPROMETIDO (3)	PUNTUACION DIANA 2 - 3 2 - 3 2 - 3 1 - 3
ETIQUETA DIAGNOSTICA LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS FACTOR RELACIONADO DISMINUCIÓN NEURO VASCULAR	ESTADO RESPIRATORIO: RESPIRACIÓN	EXPANSIÓN TORÁCICA SIMÉTRICA UTILIZACIÓN DE LOS MÚSCULOS ACCESORIOS DISNEA EN REPOSO	LEVEMENTE COMPROMETIDO (4) NO COMPROMETIDO (5)	2 - 4 3 - 4 2 - 4
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS CAMBIOS DE FRECUENCIA RESPIRATORIA AUSENCIA DE LA TOS				

INTERVENCIONES	ACTIVIDADES	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS	<ul style="list-style-type: none"> AUSCULTAR SONIDOS RESPIRATORIOS. COLOCAR AL PACIENTE EN UNA POSICIÓN QUE ALIVIE LA DISNEA. <ul style="list-style-type: none"> VIGILAR ESTADO DE O2 DETERMINAR LA NECESIDAD DE LA ASPIRACIÓN. HIPER OXIGENAR AL 100% MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DEL VENTILADOR. OBSERVAR EL ESTADO DE O2 DEL PACIENTE. LIMPIAR LA ZONA AL REDEDOR DEL ESTOMA TRAQUEAL DESPUÉS DE TERMINAR LA ASPIRACIÓN. 	MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA	<ul style="list-style-type: none"> VIGILAR LA FRECUENCIA RITMO Y PROFUNDIDAD DE LAS RESPIRACIONES. <ul style="list-style-type: none"> OBSERVAR SI PRODUCEN RESPIRACIONES RUIDOSAS. OBSERVAR SI HAY FATIGA MUSCULAR DIAFRAGMÁTICA. <ul style="list-style-type: none"> AUSCULTAR LOS SONIDOS PULMONARES DESPUÉS DEL TRATAMIENTO Y ANOTAR LOS RESULTADOS. VIGILAR LAS SECRECIONES RESPIRATORIAS DEL PACIENTE. COLOCAR LA PACIENTE EN DECÚBITO LATERAL.
FISIOTERAPIA RESPIRATORIA	<ul style="list-style-type: none"> DETERMINAR EL SEGMENTO PULMONAR QUE NECESITA SER DRENADO. COLOCAR AL PACIENTE CON EL SEGMENTO PULMONAR QUE HA DE DRENARSE EN LA POSICIÓN MAS ALTA.. PRACTICAR PERCUSIÓN CON DRENAJE. 		

PLAN DE CUIDADOS DEL SERVICIO DE: U-403 NEUROLOGÍA ÁREA DE NEUROCLÍNICA

DOMINIO: 4 Actividad y Reposo CLASE: 4 Respuesta Cardiovascular	RESULTADOS NOC RESPUESTA DEL DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA	INDICADORES AUSCULTACIÓN DE LOS SONIDOS RESPIRATORIOS	ESCALA LIKERT GRAVEMENTE COMPROMETIDO (1)	PUNTUACIÓN DIANA 3 - 5
		PROFUNDIDAD DE LA RESPIRACIÓN		2 - 4
ETIQUETA DIAGNOSTICA RESPUESTA VENTILATORIA DISFUNCIONAL AL DESTETE FACTOR RELACIONADO DEPENDENCIA DEL VENTILADOR DE MAS DE 4 DÍAS	ESTADO RESPIRATORIO: VENTILACIÓN	SATURACIÓN DE O ₂	SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO (2)	2 - 4
		DISNEA EN REPOSO		MODERADAMENTE COMPROMETIDO (3)
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS FATIGA AGITACIÓN DIAFORESIS	ESTADO RESPIRATORIO: VENTILACIÓN	UTILIZACIÓN DE MÚSCULOS ACCESORIOS	LEVEMENTE COMPROMETIDO (4)	2 - 4
		DIFICULTAD RESPIRATORIA		NO COMPROMETIDO (5)

INTERVENCIONES	ACTIVIDADES	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA	<ul style="list-style-type: none"> • COLOCAR AL PACIENTE DE FORMA PARA QUE UTILICE LOS MÚSCULOS RESPIRATORIOS. <ul style="list-style-type: none"> • PERMANECER CON EL PACIENTE Y PROPORCIONAR APOYO DURANTE LOS INTENTOS INICIALES DEL DESTETE • SOMETER A OBSERVACIÓN PARA ASEGURARSE DE QUE EL PACIENTE ESTE LIBRE DE INFECCIONES IMPORTANTES ANTES DEL DESTETE. • ASPIRAR LA VÍA AÉREA SI ES NECESARIO. • ALTERNAR PERIODOS DE ENSAYOS Y DESTETE CON PERIODOS DE REPOSO Y SUEÑOS SUFICIENTES. • OBSERVAR SI HAY SIGNOS DE FATIGA MUSCULAR RESPIRATORIA. 		

DOMINIO: 2 Nutrición. CLASE: 1 Ingestión				
ETIQUETA DIAGNOSTICA DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES FACTOR RELACIONADO INCAPACIDAD PARA INGERIR LOS ALIMENTOS CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS BAJO TONO MUSCULAR FALTA DE ALIMENTOS	RESULTADOS NOC ESTADO NUTRICIONAL	INGESTA DE NUTRIENTES	ESCALA LIKERT GRAVEMENTE COMPROMETIDO (1) SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO (2) MODERADAMENTE COMPROMETIDO (3)	2 - 3
		INGESTA ALIMENTARIA		2 - 3
		INGESTA DE LÍQUIDOS		2 - 3
		TONO MUSCULAR		2 - 2
	ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN ALIMENTARIA Y DE LÍQUIDOS	INGESTIÓN ALIMENTARIA ORAL	LEVEMENTE COMPROMETIDO (4) NO COMPROMETIDO (5)	1 - 1
		INGESTIÓN ALIMENTARIA POR SONDA		3 - 3
INTERVENCIONES ALIMENTACIÓN ENTERAL POR SONDA	ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> • OBSERVAR SI HAY DE SONIDOS INTERSTICIALES CADA 8 HORAS. • ELEVAR LA CABECERA DE 30° A 45° DURANTE LA ALIMENTACIÓN. • AL FINALIZAR LA ALIMENTACIÓN ESPERAR DE 30 A 60 MIN. ANTES DE COLOCAR AL PACIENTE EN UNA POSICIÓN HORIZONTAL. • UTILIZAR UNA TÉCNICA HIGIÉNICA EN LA ADMINISTRACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN. • COMPROBAR LA EXISTENCIA DE RESIDUOS. 	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES	

PLAN DE CUIDADOS DEL SERVICIO DE: U-403 NEUROLOGÍA ÁREA DE NEUROCLÍNICA

DOMINIO: 4 Actividad y Reposo	RESULTADOS NOC	INDICADORES	ESCALA LIKERT	PUNTUACIÓN DIANA
CLASE: 2 Actividad y Ejercicio		TONO MUSCULAR	GRAVEMENTE COMPROMETIDO (1)	2 - 2
ETIQUETA DIAGNOSTICA DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA		CONTROL DEL MOVIMIENTO.	SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO (2)	1 - 1
		RESISTENCIA DE LA CONTRACCIÓN MUSCULAR.		1 - 1
		FACTOR RELACIONADO DETERIORO MUSCULAR	ESTABILIDAD DEL MOVIMIENTO	MODERADAMENTE COMPROMETIDO (3)
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD PARA LAS HABILIDADES MOTORAS GROSERAS Y FINAS DIAFORESIS	TENCIÓN MUSCULAR	LEVEMENTE COMPROMETIDO (4)	2 - 2	
		NO COMPROMETIDO (5)		

INTERVENCIONES	ACTIVIDADES	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
TERAPIA DE EJERCICIOS: MOVIMIENTO ARTICULAR	<ul style="list-style-type: none"> • COLABORAR CON FISIOTERAPIA EN EL DESARROLLO Y EJECUCIÓN DE UN PROGRAMA DE EJERCICIOS. • COLOCAR AL PACIENTE EN UNA POSICIÓN ÓPTIMA PARA EL MOVIMIENTO ARTICULAR PASIVO. • ENSEÑAR AL FAMILIAR A REALIZAR DE FORMA SISTEMÁTICA LOS EJERCICIOS DAR APOYO POSITIVO AL REALIZAR LOS EJERCICIOS DE LAS ARTICULACIONES. 	ENSEÑANZA ACTIVIDAD: EJERCICIO PRESCRITO	<ul style="list-style-type: none"> • INFORMAR AL PACIENTE EL PROPÓSITO Y LOS BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD. • ENSEÑAR AL FAMILIAR A REALIZAR LA ACTIVIDAD. • ENSEÑAR AL FAMILIAR A LLEVAR A DIARIO LA ACTIVIDAD. • ENSEÑAR AL FAMILIAR UNA BUENA POSTURA. • OBSERVAR AL FAMILIAR MIENTRAS REALIZA LA ACTIVIDAD.
FOMENTO DE EJERCICIOS: EXTENSIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • ENSEÑAR QUE HAY QUE COMENZAR LA RUTINA POR LOS GRUPOS DE MÚSCULOS QUE ESTÉN MENOS RÍGIDOS. • ENSEÑAR A EXTENDER LENTAMENTE EL MUSCULO HASTA EL PUNTO DE EXTENSIÓN MÁXIMO MANTENIDO POR UN MOMENTO Y POSTERIORMENTE RELAJAR. 		

PLAN DE CUIDADOS DEL SERVICIO DE: U-403 NEUROLOGÍA ÁREA DE NEUROCLÍNICA

DOMINIO: 4 Actividad y Reposo
CLASE: 2 Actividad/Ejercicio

ETIQUETA DIAGNOSTICA
DETERIORO DE LA MOVILIDAD EN LA CAMA

FACTOR RELACIONADO
DETERIORO DEL ESTADO FÍSICO

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS
DETERIORO DE LA CAPACIDAD PARA CAMBIAR DE POSICIÓN POR SI MISMO EN LA CAMA
DETERIORO DE LA CAPACIDAD PARA CAMBIAR DE POSICIÓN DE UN COSTADO A OTRO

RESULTADOS NOC	INDICADORES	ESCALA LIKERT	PUNTUACIÓN DIANA
MOVILIDAD	MOVIMIENTO ARTICULAR.	GRAVEMENTE COMPROMETIDO (1)	2 - 3
	SE MUEVE CON FACILIDAD		1 - 3
	MOVIMIENTO MUSCULAR.	SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO (2)	1 - 3
	MANTENIMIENTO DE LA POSICIÓN CORPORAL		2 - 3
POSICIÓN CORPORAL AUTO INICIADA	DE COSTADO A OTRO COSTADO	MODERADAMENTE COMPROMETIDO (3)	1 - 3
	DE UN LADO AL OTRO		1 - 3
ESTADO NEUROLÓGICO CONTROL MOTOR CENTRAL	REFLEJOS INFANTILES	LEVEMENTE COMPROMETIDO (4)	2 - 2
	REFLEJOS TENDINOSOS PROFUNDOS		1 - 2
	MOVIMIENTOS INTENCIONADOS A PARTIR DE UNA ORDEN	NO COMPROMETIDO (5)	1 - 1

INTERVENCIONES	ACTIVIDADES	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
TERAPIA DE EJERCICIOS: CONTROL MUSCULAR	<ul style="list-style-type: none"> • COLABORAR CON FISIOTERAPEUTAS. • CONSULTAR AL FISIOTERAPEUTA PARA DETERMINAR LA POSICIÓN ADECUADA. • EXPLICAR EL FUNDAMENTO DEL TIPO DE EJERCICIOS AL PACIENTE. 	CUIDADOS DE PACIENTE ENCAMADO	<ul style="list-style-type: none"> • COLOCAR AL PACIENTE EN COLCHÓN DE AIRE. • COLOCAR AL PACIENTE CON UNA ALINEACIÓN CORPORAL A ADECUADA. • EVITAR UTILIZAR ROPA DE CAMA CON TEXTURAS ÁSPERAS.
CAMBIO DE POSICIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • EXPLICAR AL PACIENTE QUE SE LE VA A CAMBIAR DE POSICIÓN. • FOMENTAR LA REALIZACIÓN DE EJERCICIOS 		

PLAN DE CUIDADOS DEL SERVICIO DE: U-403 NEUROLOGÍA ÁREA DE NEUROCLÍNICA

DOMINIO: 11 Seguridad y Protección	RESULTADOS NOC	INDICADORES	ESCALA LIKERT	PUNTUACIÓN DIANA
CLASE: 2 Lesión Física		TEMPERATURA DE LA PIEL	GRAVEMENTE COMPROMETIDO (1) SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO (2) MODERADAMENTE COMPROMETIDO (3) LEVEMENTE COMPROMETIDO (4) NO COMPROMETIDO (5)	4 - 3
ETIQUETA DIAGNOSTICA RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA FACTOR RELACIONADO INMOVILIZACIÓN FÍSICA CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		SENSIBILIDAD		1 - 3
		PIEL INTACTA		5 - 5
	PIGMENTACIÓN ANORMAL	GRAVE (1) SUSTANCIAL (2) MODERADO (3) LEVE (4) NUNCA (5)	5 - 5	
	LESIONES CUTÁNEAS		5 - 5	
	PALIDEZ DE TEGUMENTOS		3 - 5	
	DESCAMACIÓN CUTÁNEA		3 - 5	

INTERVENCIONES	ACTIVIDADES	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
MANEJO DE PRESIONES	<ul style="list-style-type: none"> • VESTIR AL PACIENTE CON PRENDAS NO AJUSTADAS. • COLOCAR AL PACIENTE SOBRE CAMA TERAPÉUTICA. • GIRAR AL PACIENTE ALMENOS CADA TRES HORAS. • OBSERVAR SI HAY ZONAS DE ENROJECIMIENTO. • UTILIZAR DISPOSITIVOS ADICIONADOS PARA MANTENER TALONES Y PROMINENCIAS OSEAS LIBRES DE PRESIONES CONTINUAS. • INSTRUIR AL MIEMBRO DE LA FAMILIA ACERCA DE LOS SIGNOS DE PERDIDA DE INTEGRIDAD DE LA PIEL 	CUIDADOS DE PACIENTE ENCAMADO	<ul style="list-style-type: none"> • UTILIZAR UNA HERRAMIENTA DE VALORACIÓN DE RIESGO ESTABLECIDA PARA VIGILAR LOS FACTORES DE RIESGO DE PACIENTE. • REGISTRAR EL ESTADO DE LA PIEL DIARIAMENTE. • ELIMINAR LA HUMEDAD EXCESIVA EN LA PIEL CAUSADA POR LA TRANSPIRACIÓN • MANTENER LA ROPA DE CAMA LIMPIA Y SECA • EVITAR AGUA CALIENTE Y UTILIZAR JABÓN SUAVE

PLAN DE CUIDADOS DEL SERVICIO DE: U-403 NEUROLOGÍA ÁREA DE NEUROCLÍNICA

DOMINIO: 3 Eliminación e Intercambio	RESULTADOS NOC	INDICADORES	ESCALA LIKERT	PUNTUACIÓN DIANA
CLASE: Función gastrointestinal	ELIMINACIÓN INTESTINAL	PATRÓN DE LA ELIMINACIÓN		2 - 4
ETIQUETA DIAGNOSTICA ESTREÑIMIENTO FACTOR RELACIONADO ACTIVIDAD FÍSICA INSUFICIENTE CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DISMINUCIÓN DEL VOLUMEN DE LAS HECES DISMINUCIÓN DE LA FRECUENCIA INCAPACIDAD PARA ELIMINAR LAS HECES		HECES BLANDAS Y FORMADAS	GRAVEMENTE COMPROMETIDO (1)	2 - 4
		CANTIDAD DE HECES EN RELACIÓN CON LA DIETA	SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO (2)	2 - 4
			MODERADAMENTE COMPROMETIDO (3)	
			LEVEMENTE COMPROMETIDO (4)	
		NO COMPROMETIDO (5)		

INTERVENCIONES	ACTIVIDADES	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • COMPROBAR MOVIMIENTOS INTESTINALES. • VIGILAR LA EXISTENCIA DE PERISTALTISMO. <ul style="list-style-type: none"> • IDENTIFICAR LOS FACTORES DEL ESTREÑIMIENTO. • INSTRUIR AL FAMILIAR SOBRE EL USO DE LOS LAXANTES. • FOMENTAR EL AUMENTO DE LA INGESTA DE LÍQUIDOS. 		

PLAN DE CUIDADOS DEL SERVICIO DE: U-403 NEUROLOGÍA ÁREA DE NEUROCLINICA

DOMINIO: 4 Actividad y Reposo	RESULTADOS NOC	INDICADORES	ESCALA LIKERT	PUNTAJÓN DIANA
CLASE: 5 Autocuidado	AUTOCUIDADOS DE LA VIDA DIARIA	SE VISTE	GRAVEMENTE COMPROMETIDO (1) SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO (2) MODERADAMENTE COMPROMETIDO (3) LEVEMENTE COMPROMETIDO (4) NO COMPROMETIDO (5)	1-1
ETIQUETA DIAGNOSTICA DÉFICIT DE AUTOCUIDADO FACTOR RELACIONADO DETERIORO NEUROMUSCULAR CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS INCAPACIDAD PARA LAVARSE EL CUERPO		SE BAÑA		1-1
		SE PEINA		1-1
		HIGIENE		1-1
	SE BAÑA EN LA DUCHA	1-1		
	SE LAVLA LA CARA	1-1		
	SE LAVLA PARTE SUP. DEL CUERPO	1-1		
AUTOCUIDADO:BAÑO	SE LAVLA PARTE INF. DEL CUERPO	1-1		

INTERVENCIONES	ACTIVIDADES	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
AYUDA AL AUTOCUIDADO	<ul style="list-style-type: none"> • COMPROBAR LA CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA EJERCER AUTOCUIDADOS INDEPENDIENTES. • ESTABLECER UNA RUTINA DE AUTOCUIDADOS. ... 	AYUDA DE LOS AUTOCUIDADOS: BAÑO/HIGIENE	<ul style="list-style-type: none"> • PROPORCIONAR AYUDA HASTA QUE AL PACIENTE SEA TOTALMENTE CAPAS DE ASUMIR LOS AUTOCUIDADOS. • COLOCAR LOS ACCESORIOS PARA EL AUTOCUIDADO A PI DE LA CAMA.

PLAN DE CUIDADOS DEL SERVICIO DE: U-403 NEUROLOGÍA ÁREA DE NEUROCLÍNICA

DOMINIO: 4 Actividad / Reposo CLASE: 5 Autocuidado	RESULTADOS NOC AUTOCUIDADOS DE LA VIDA DIARIA AUTOCUIDADOS USO DEL INODORO CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS INCAPACIDAD PARA LLEGAR HASTA EL INODORO	INDICADORES USO DEL INODORO	ESCALA LIKERT GRAVEMENTE COMPROMETIDO (1) SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO (2) MODERADAMENTE COMPROMETIDO (3) LEVEMENTE COMPROMETIDO (4) NO COMPROMETIDO (5)	PUNTUACIÓN DIANA 1 - 1
		DEAMBULACION CAMILLA REALIZACION DEL TRASLADO		1 - 1 1 - 1
ETIQUETA DIAGNOSTICA DEFICIT DE AUTO CUIDADO: USO DEL INODORO FACTOR RELACIONADO DETERIORO NEURO VASCULAR CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS INCAPACIDAD PARA LLEGAR HASTA EL INODORO		SE LIMPIA DESPUES DE DEFECAR	1 - 1	1 - 1
		RECONOCE Y RESPONDE A LA URGENCIA DE DEFECAR ENTRA Y SALE DEL CUARTO DE BAÑO		

INTERVENCIONES	ACTIVIDADES	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
AYUDA CON LAS UTOCUIDADOS: ASEO	<ul style="list-style-type: none"> • AYUDAR AL PACIENTE EN EL ASEO. • FACILITAR LA HIGIENE DESPUES DE TERMINAR CON LA ELIMINACION. • CAMBIAR LA ROPA DEL PACIENTE DESPUES DE LA ELIMINACION. 	AYUDAR AL AUTOCUIDADO	<ul style="list-style-type: none"> • COMPROBAR LA CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA EJERCER AUTOCUIDADOS INDEPENDIENTES. • ESTABLECER UNA RUTINA DE AUTOCUIDADOS.

PLAN DE CUIDADOS DEL SERVICIO DE: U-403 NEUROLOGÍA ÁREA DE NEUROCLINICA

DOMINIO: 11 Seguridad / Protección	RESULTADOS NOC	INDICADORES	ESCALA LIKERT	PUNTUACIÓN DIANA
CLASE: 2 Lesión Física	CONDUCTA DE PREVENCIÓN DE CAIDAS	COLOCACION DE BARANDALES	GRAVEMENTE COMPROMETIDO (1) SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO (2)	5 - 5
ETIQUETA DIAGNOSTICA RIESGO DE CAIDAS FACTOR RELACIONADO DETERRIORO DE LA MOVILIDAD FISICA DISMINUCION DEL ESTADO MENTAL CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		USO DE MEDIOS DE TRASLADO SEGURO		MODERADAMENTE COMPROMETIDO (3)
		ADAPTACION DE LA ALTURA ADECUADA DE LA SILLA	LEVEMENTE COMPROMETIDO (4)	
			NO COMPROMETIDO (5)	

INTERVENCIONES	ACTIVIDADES	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD	<ul style="list-style-type: none"> IDENTIFICAR CONDUCTAS Y FACTORES QUE AFECTEN AL RIESGO DE CAIDAS. REVISAR LA HISTORIA DE CAIDAS CON EL PACIENTE Y FAMILIAR. BLOQUEAR LAS RUEDAS DE LAS SILLAS, CAMAS U OTROS DISPOSITIVOS EN EL TRASLADO DEL PACIENTE. UTILIZAR BARANDILLAS LLATERALES DE LONGITUD Y ALTURA ADECUADAS PARA EVITAR CAIDAS DE CAMA. 		

PLAN DE ALTA

NECESIDADES	CUIDADOS EN CASA
Oxigenación	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Valorar el marco domiciliario durante el proceso de alta para asegurar que se puede instalar un ventilador en casa. ✚ Valorar que los cuidadores sepan cuáles son las obligaciones con el usuario dependiente al ventilador. ✚ Asegurar que la familia y/o cuidadores están familiarizados con el manejo de todos los aparatos de ventilación. ✚ Valorar el confort y la capacidad de afrontamiento del usuario y/o familia ✚ Valorar el confort y capacidad de afrontamiento del usuario y/o familia para realizar el destete en el domicilio además de las repercusiones y cobertura de atención domiciliaria. ✚ Contactar con el asistente social para elaborar la necesidad de sistemas de apoyo domiciliario, aparatos de ayuda y servicios sanitarios domiciliarios. ✚ Establecer un plan de energía y criterios para usarlo. ✚ Identificar los procedimientos de emergencia a utilizar hasta que llegue la asistencia médica.
Alimentación e Hidratación	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Enseñar a la familia y/o cuidador como manejar sondas de nutrición parenteral en casa. ✚ Enseñar al familiar y/o cuidador a preparar la alimentación del paciente.
Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Proporcionar información escrita útil y completa relativa al estreñimiento y sus posibles soluciones. ✚ Contar con órdenes escritas para la administración de

supositorios o enemas si fuera necesario.

- ✚ Enseñar a la familia y/o cuidador a realizar ejercicios abdominales doblando las piernas para incrementar el tono abdominal.
- ✚ Ayudar a la familia y/o cuidador a desarrollar un programa de ejercicios diario para incrementar el peristaltismo.

Mov. y Mantener una Buena Postura

- ✚ Estimular el uso en el hogar de la cama habitual.
- ✚ Enseñar a los familiares y/o cuidadores mecanismos corporales apropiados y es uso de instrumentos apropiados mientras ayudan al usuario. Con las actividades de movilización en la cama.
- ✚ Evaluar las condiciones de la piel en cada visita.
- ✚ Establecer un programa de cuidados de la piel que estimule la circulación y maximice los cambios posturales.
- ✚ Obtener cualquier instrumento de asistencia que sea necesario para la actividad.
- ✚ Proporcionar instrucciones escritas sobre los ejercicios.
- ✚ Colaborar con los miembros d la familia en la planificación, enseñanza y control de un plan de ejercicios.

Descanso y Sueño

Vestido

- ✚ Enseñar a la familia y/o cuidador a trabajar con los usuarios actividades de autocuidado.

Termorregulación

Higiene

- ✚ Instruir al usuario y/o familia a que evite los productos comerciales con base de alcohol o con base de peróxido de hidrogeno para el cuidado de la boca.
- ✚ Instruir a la familia y/o cuidador las formas de aliviar las molestias de la cavidad bucal.

	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Enseñar a la familia y/o cuidador el cuidado bucal. ✚ Derivar a los servicios de salud de ayuda domiciliaria para apoyar a la familia en el cuidado bucal y ✚ la observación de la cavidad oral.
Evitar Peligros	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Enseñar a la familia y/o cuidador a identificar los peligros de la casa y modificarlos. ✚ Valorar el entorno del hogar y la posibilidad de amenazas para la seguridad. ✚ Enseñarle al usuario que hacer si se cae y no puede levantarse y asegurarse de que tenga un sistema personal de respuesta de emergencia.
Comunicación	-----
Creencias	-----
Trabajo	-----
Recreación	-----
Aprendizaje	-----

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Al realizar este trabajo me di cuenta que como profesionales hace falta que estudiemos más y que siempre nos mantengamos actualizados puesto que hay demasiados avances en enfermería, pero, no conocemos o nos reusamos a aceptarlos, cuando realmente está más que comprobado que funciona, un claro ejemplo de esto es los Diagnósticos Enfermeros muchas instituciones aun no los manejan y es verdad que con nuestro índice enfermera-paciente es difícil más no imposible, y lo sé por qué durante todo este año trabajando con compañeras del “Hospital General de México” (el cual es el único hospital en el D.F. donde se manejan Diagnósticos Enfermeros) se puede realizar, solo es cuestión de organizarse, encontrar la estrategia correcta y lo más importante tener los conocimientos suficientes para realizar un buen Diagnostico Enfermero, ya que sin estos caemos en repetir lo que venimos arrastrando realizar la misma valoración para todos nuestros pacientes.

Es importante que nos actualicemos, ya que somos los únicos que podemos hacer que se quite la errónea imagen que se tiene de nosotros como los “ayudantes o hacedores” y no somos nada de eso, somos Profesionales pero si nosotros no lo demostramos nunca acabaremos con esa idea.

Viendo todas las problemáticas y/o confusiones acerca de los Diagnósticos Enfermeros, en el campo laboral sugiero que en las instituciones educativas se nos instruya y nos enseñen a manejar NANDA, NIC, NOC, ya que existe, y ya se está llevando a cabo en el campo laboral obviamente los profesores que nos den clase deben de estar lo suficientemente capacitados y que lo manejen muy bien de acuerdo a PLACE y por supuesto la Comisión Permanente de Enfermería.

Y sugiero a compañeros de futuras generaciones que no pongamos resistencia al cambio, no hay que rezagarnos y siempre mantenernos a la vanguardia.

GLOSARIO

Adenoma.- Tumor benigno formado por elementos glandulares que proliferan abundantemente conservando su estructura normal.

Alergia.- Hipersensibilidad natural producida por sustancias en un organismo dado, lo que modifica. Difiere de la anafilaxia que es una hipersensibilidad artificial.

Alexia.- Trastorno funcional del lenguaje, caracterizado por la imposibilidad. De leer en voz alta.

Alopecia.- Caída parcial o total de los cabellos o de los pelos.

Alveolar.- Relativo o perteneciente a los alveolos.

Anaerobio.- Que vive sin aire y, por consiguiente, sin oxígeno.

Analgesia.- Pérdida del dolor, sintomática de un trastorno de la sensibilidad.

Anemia.- Privación de la sangre o, mejor todavía, insuficiencia hepática, se manifiesta por la disminución aparente o real del número de hematíes y el descenso de la cifra de hemoglobina.

Ansiedad.- Fenómeno psíquico caracterizado por trastornos afectivos e intelectuales. Inquietud tedio, falta de atención o de memoria que puede llegar hasta la pseudoalucinación, una pérdida momentánea de la conciencia.

Antibiótico.- Término que comprende todas las sustancias antimicrobianas o que derivan de bacterias.

Anticoagulante.- Sustancia que anula o retrasa la coagulación de la sangre.

Anticuerpo.- Elemento nuevo formado en el organismo en el cual se ha introducido un antígeno.

Antígeno.- Toda sustancia introducida en el medio interior de un organismo animal capaz de provocar la formación, por el organismo mismo, de elementos nuevos susceptibles de neutralizar la acción del anticuerpos inmunizantes.

Arreflexia.- Falta de reflejos debido a una afección neurológica o por causas congénitas

Auricular.- Pertenece o relativo al oído.

Bacteria.- Nombre dado a un microorganismo que pertenece a la familia de las algas del grupo de los esquizomicetos, agente de una enfermedad infecciosa.

Bacteriemia.- Presencia de bacterias en la sangre causa de infección general o localizada del organismo.

Baño.- Inmersión del cuerpo o una parte del mismo en el agua.

Bradycardia.- Lentitud anormal del pulso.

Bradipnea.- Lentitud de la respiración.

Braquicardia.- Lentitud del ritmo cardiaco.

Calambre.- Contracción involuntaria dolorosa momentánea de un musculo o un grupo de músculos sinérgicos.

Capilar.- Pequeño vaso que establece una comunicación entre el sistema arterial y venoso.

Cardiaco.- Que tiene relación con el corazón.

Caries.- Alteración progresiva de los huesos que conduce a su destrucción. || Dentaria. Afección de los tejidos del diente que progresa de la periferia al centro desde el esmalte a la pulpa dentaria.

Célula.- Elemento anatómico tipo y primordial que por su reunión con otros elementos semejantes compone los diferentes tejidos del organismo.

Cerumen.- Producto de secreción de las glándulas de la pared del conducto auditivo externo, de coloración amarillenta y consistencia cética.

Cianosis.- Coloración azul violácea de la piel principalmente acentuada en las extremidades, caracterizada de una hematosi insuficiente.

Citoblasto.- Nombre que se ha dado al núcleo celular en la teoría del blastema.

Colostomía.- Operación quirúrgica que consiste en hacer desembocar el intestino grueso en la pared abdominal.

Coluria.- Emisión de orina que contiene bilis, por el análisis se encuentran las sales propias de la bilis y los pigmentos colorantes.

Consensual.- Que es debido a un estímulo reflejo.

Contagiar.- Comunicar o propagar una enfermedad contagiosa a un individuo hasta entonces libre de ella.

Deambulaci3n.- Marcha ordenada con un objeto terapéutico.

Debilidad.- Escasez de fuerzas o vigor.

Debilitaci3n.- Disminuci3n de la energía vital bajo la acci3n de influencias debilitantes.

Defecaci3n.- Expulsi3n natural de materias fecales por el ano.

Degluci3n.- Acto por el cual el bolo alimenticio impregnado de saliva, atraviesa la faringe y el es3fago para pasar de la boca al est3mago.

Dentadura.- Conjunto de dientes implantados en las mandíbulas.

Desmielinizaci3n.- Es la p3rdida de la vaina de mielina aislante de los nervios, y es el sello distintivo de algunas enfermedades neurodegenerativas, autoinmunes, como esclerosis múltiple, encefalomiелitis diseminada aguda, miелitis transversa, polineuropatía desmielinizante inflamatoria cr3nica, s3ndrome de Guillain-Barré.

Desnutrici3n.- estado de un 3rgano o de un organismo que no asimila suficientemente los juegos nutritivos necesarios para su buena conservaci3n y que pierde por consiguiente volumen y peso.

Diaforesis.- Transpiraci3n exagerada.

Diarrea.- Evacuación repetida de deyecciones líquidas, de consistencia, olor y coloración variables según la naturaleza de la enfermedad que lo provoca.

Diástole.- Dilatación del corazón y de las arterias determinada por la detención de la sístole en el momento en que la sangre penetra en estos órganos.

Disestesia.- Trastorno de la sensibilidad superficial táctil. Normalmente su causa se halla en otra enfermedad, como cáncer.

Equilibrio.- Resultante de un conjunto de actos gracias a los cuales confirmamos o modificamos nuestra actitud en el espacio.

Eritroblastos.- Células normalmente nucleadas que se encuentran en la médula ósea roja o células madre de los glóbulos rojos.

Espasmo.- Trastorno motor que depende de una irritación que asienta en un punto cualquiera de un arco reflejo espinal o bulboespinal, caracterizado por convulsiones clónicas o tónicas.

Estoma.- Cada una de las aperturas microscópicas existentes entre las células endoteliales de las cerasas, que ponen en comunicación la cavidad de estas con el sistema linfático, o entre las de las paredes vasculares, por donde emigran los leucocitos.

Estreñimiento.- Exoneración incompleta y rara del intestino, en el que se acumulan las materias fecales.

Estupor.- Suspensión completa de toda manifestación exterior de la actividad, el enfermo en estado de estupor es un ser pasivo.

Faringe.- Conducto irregular musculomembranoso, entre la boca y la porción posterior de las fosas nasales y el esófago, con el que se continua.

Febrícula.- Estado febril cuya temperatura corporal oscila entre 37.5° y 38° de forma continua y tenaz.

Fiebre.- Síndrome caracterizado por una elevación de la temperatura central de origen endógeno, que se acompaña de malestar general, inapetencia y estado saburral

Fisioterapia.- Método terapéutico basado sobre el empleo científico de los agentes físicos naturales; aire, agua, reposo, movimiento, gimnasia, altitud, climas, electricidad, calor y luz.

Herencia.- Ley biológica según la cual los seres vivos tienden a repetirse en sus descendientes y transmitirles sus propiedades.

Herida.- Lesión local producida por un agente exterior.

Lagrimal.- Que tiene relación con el aparato secretorio de las lágrimas.

Lagrimeo.- Exageración de la secreción lagrimal de causa muy variable, hasta el punto que las lágrimas salen de los párpados.

Lengua.- Organismo muscular movable, situado en el suelo de la boca y que desempeña funciones importantes en la articulación de la palabra, la gustación, masticación, insalivación, y deglución.

Leucemia.- Estado morboso caracterizado por el aumento en la sangre de los glóbulos blancos y de células anormales acompañado de trastornos de los órganos hematopoyéticos.

Leucocito.- Glóbulo blanco de la sangre.

Linfoblasto.- Linfocito anormal de la sangre, que presenta la forma linfocitaria más simple, y se distingue del mieloblasto por la estructura menos reticulada de su núcleo.

Linfocito.- Leucocito de gran núcleo.

Macrófago.- Célula linfoconjuntiva de 10 a 50 μ de longitud, de núcleo único, capaz de dirigir los microbios y residuos celulares epiteliales o musculares.

Megacariocito.- Célula gigante de la medula, que contiene un núcleo voluminoso.

Megaloblasto.- Hematíe de gran núcleo.

Movimiento.- Acto en virtud del cual los cuerpos cambian de lugar de un modo activo o pasivo.

Nervino.- Remedio que estimula y tonifica el sistema nervioso.

Neurología.- Parte de la anatomía descriptiva que estudia el sistema nervioso central.

Neuromuscular.- Que pertenece a la sustancia nerviosa y a la sustancia muscular anatómica o fisiológicamente.

Neurona.- Unidad nerviosa que, con otras semejantes unidades solamente por contacto forman la totalidad del sistema nervioso.

Neurovascular.- que afecta a los sistemas nervioso y vascular.

Ocular.- Que tiene relación con el ojo.

Parálisis.- Abolición total o parcial de la contractilidad voluntaria o involuntaria de los músculos de los organismos. Se observa sobre todo en los miembros inferiores.

Parasito.- Individuo de la serie animal o vegetal que vive a expensas de otro ser de organización más elevada o del hombre.

Propiocepción.- Es el sentido que nos informa de la posición, orientación y rotación del cuerpo en el espacio, y de la posición y los movimientos de los distintos miembros del cuerpo, merced a las sensaciones cinestésicas (o sensaciones de movimiento); los receptores o terminaciones nerviosas de este sentido están localizados en los músculos, tendones, articulaciones y oído interno.

Reflejo.- Excitación periférica transmitida al centro nervioso por vía centrípeta y que vuelve a la periferia por vía centrifuga bajo la forma de movimientos.

Signo.- A menudo esta palabra se emplea como sinónimo de síntoma, su sentido es diferente cuando se emplea al mismo tiempo que la palabra síntoma significa entonces la conclusión derivada de los síntomas observados.

Síndrome.- Conjunto de síntomas que se refieren en general a un mismo grupo de enfermedades pero insuficientes para establecer el diagnóstico de una enfermedad.

Sonda.- Instrumento de metal, caucho que sirve para la exploración d un conducto o cavidad o para la evacuación del contenido de un órgano.

Tono.- Estado de contractilidad propio de los diferentes tejidos musculares que componen órganos diversos bajo la dependencia de los sistemas nerviosos espinal y simpático.

Transpiración.- Secreción exagerada de sudor.

Traqueotomía.- Operación que consiste en incidir la tráquea e introducir por el orificio una cánula metálica con objeto de restablecer.

Úlcera.- Toda pérdida de sustancia de las superficies cutánea o mucosa con escasa o nula tendencia a la curación.

Ventilación.- Acción de renovar el aire.

Vesical.- Que tiene relación con la vejiga.

ABREVIATURAS

A/C: Ventilación Asisto controlada.

AIDP: Polineuropatía Desmielinizante Inflamatoria Aguda.

AMAN: Neuropatía Axónica Motora Aguda.

AMSAN: Neuropatía Axónica Sensitivo motora Aguda.

CMV: Ventilación Mecánica Controlada.

CPAP: Presión positiva en las Vías Aéreas.

EPOC: Enfermedad Obstructiva Crónica.

ETV: Enfermedad Tromboembólica Venosa.

SGB: Síndrome de Guillain Barre.

LCR: Líquido Cefalorraquídeo.

MFS: Síndrome de Miller Fisher.

SIMV: Ventilación Mecánica Sincrónica intermitente.

SNC: Sistema Nervioso Central.

PE: Plasma Exchange.

PEEP: Presión positiva al Final de las Espiración.

PIM: Presión inspiratoria.

PSV: Ventilación con Presión de Soporte.

TI: Tiempo inspirado.

VT: Volumen Tidal

ANEXOS

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1. Nombre _____
2. Edad _____ 3. Fecha de Nac. _____
4. Sexo _____ 5. Peso _____ 6. Talla _____
7. Escolaridad _____
8. Ocupación _____
9. Religión _____
10. Lugar de nacimiento _____
11. Idioma _____
12. Estado civil _____
13. Tipo de familia _____
14. Domicilio _____

15. Teléfono _____
16. Fuente de información: Directa SI () NO () Indirecta ()
Quién _____
Cuál _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

DATOS SUBJETIVOS

- 1.1 ¿Refiere dificultad para respirar? SI () NO ()
- 1.2 ¿Ha presentado sensación de falta de aire?
SI () NO ()
- 1.3 ¿Ha presentado sensación de ahogo? SI () NO ()
- 1.5 ¿Tiene dolor al respirar? Si ___ No ___
Inspiración () Espiración ()

1.6 ¿Al realizar esfuerzo físico presenta dificultad para respirar?

SI () NO ()

Especificar _____

1.7 ¿Actualmente presenta "Tos"?

SI () NO () Productiva () Seca ()

1.8 ¿A costumbre fumar? SI () NO ()

¿Cuántos cigarrillos al día? _____

¿Hace cuanto tiempo? _____

1.9 ¿Presencia de varices en miembros inferiores?

SI () NO ()

Características _____

DATOS OBJETIVOS

Toma de signos vitales: FR _____ x min. FC _____ X min.

T/A _____ mmHg T°C _____

Respiración espontánea SI () NO ()

Tipo de apoyo Ventilatorio _____

Estado de conciencia:

Conciente () Desorientado () Somnoliento ()

Estuporoso () Inconsciente ()

Coloración de la piel Rosada () Cianótica ()

Palidez () Marmórea ()

Coloración de los labios: Rosada () Cianótica ()

Palidez ()

Coloración de zona peribucal:

Cianótica () Palidez ()

Coloración de las uñas de las manos:

Rosadas () Cianóticas () Palidez ()

Morfología de las uñas de las manos:

Patrón respiratorio uniforme SI () NO ()

Dificultad al respirar: Sin esfuerzo ()

Al esfuerzo físico () Acostado () Nocturna ()

Presenta Aleteo nasal: SI () NO ()

Tiros intercostales SI () NO ()

Depresión del Apéndice Xifoides SI () NO ()

Auscultación de pulmones con paso libre de aire en ambos campos pulmonares

SI () NO ()

Sibilancias ()

Crepitaciones Durante la espiración ()

Roncus ()

Roces ()

Presencia de edema en miembros inferiores

SI () NO () Grado I () II () III ()

Palpación de pulsos

Carótida () Branquia () Radia () Femora ()

Popliteo () Dorso pie () Tibial posterior ()

OBSERVACIONES: _____

2.- NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

2.1 ¿Qué tipo de alimentos consume usualmente en 7 días?

ALIMENTO	1-3 DÍAS	3-5 DÍAS	5-7 DÍAS
CARNES			
LACTEOS			
FRUTAS			
VERDURAS			
LEGUMINOSAS			
CEREALES			
GRASAS			
AZÚCARES			

2.2 ¿Cuántas veces come al día?
Una () Dos () Tres () Más de tres ()

2.3 ¿Su frecuencia alimentaria es?
FIJO () IRREGULAR ()

2.4 ¿Come acompañado? SI () NO ()

2.5 ¿En un ambiente agradable? SI () NO ()

2.6 ¿Le presenció falta de apetito últimamente?
SI () NO ()

2.7 ¿A que lo atribuye?

2.8 ¿Consumen en su dieta diaria algún alimento irritante?
(grasas, condimentos, café, té, picante, refrescos)

SI () NO ()

Especifique _____

2.9 ¿Cuándo está enojado tiene preferencia por algún alimento en especial?

SI () NO ()

Cuál _____

2.10 ¿Cuándo se encuentra triste qué tipo de alimentos consume? _____

2.11 ¿Sigue alguna dieta especial? SI () NO ()

TIPO DE DIETA _____

2.12 ¿Ha tenido pérdida involuntaria de peso mayor a cuatro kilogramos en los últimos tres meses?

SI () NO ()

2.13 ¿Tiene períodos en los que le da mucha hambre?

SI () NO ()

2.14 ¿Qué tipo de alimentos consume cuando le da mucha hambre? _____

2.15 ¿Ha tenido trastornos digestivos en los últimos tres días?

Vómito SI () NO () Náuseas SI () NO ()

Distensión abdominal SI () NO ()

Diarrea SI () NO () Estreñimiento SI () NO ()

Ardor SI () NO () Agruras SI () NO ()

2.16 ¿Tiene dificultad para masticar? SI () NO ()

A que lo atribuye usted _____

2.17 ¿Tiene dificultad para deglutir? SI () NO ()

2.18 ¿El niño muestra su preferencia por alguna? SI () NO ()

2.19 ¿Le bastina la dentadura al momento de consumir sus alimentos?

SI () NO ()

2.20 ¿A sea su dentadura? SI () NO ()

Cuántas veces al día _____

2.21 ¿Es alérgico a algún alimento? SI () NO ()

Especifique _____

2.22 ¿Intolerancia alimentaria? SI () NO ()

Especifique _____

2.23 ¿Come fuera de casa? SI () NO ()

2.24 ¿Depende de otras personas para consumir sus alimentos? SI () NO ()

2.25 ¿Cuánta agua consume al día?

0-1 Vaso () 2-3 Vasos () 3-4 Vasos ()

4-5 Vasos () 5-6 Vasos () 6-8 Vasos ()

2.26 ¿Ingiere bebidas alcohólicas? SI () NO ()

¿Con que frecuencia? _____

2.27 ¿Padece alguna enfermedad? SI () NO ()

Cuál _____

2.28 ¿Actualmente toma algún medicamento?

SI () NO ()

¿Cuál? _____

Decepción () Auto medicación ()

2.29 ¿Realiza algún tipo de ejercicio? SI () NO ()

¿Especifique? _____

2.30 ¿Cuántas veces a la semana realiza ejercicio?

0-1 vez () 2-3 veces () 3-4 veces ()

4-5 veces () 5-7 veces ()

APECTO GENERAL

CABELLO

- Abundante () Con billo () Sedoso ()
 Grueso () Delgado () Opaco ()
 Escaso () Quebradizo () Caída de cabello ()
 Signo de bandera ()

OJOS

Conjuntivas

- Rosadas Hidratadas () Pálidas () Deshidratadas ()

PIEL

- Rosada () Hidratada () Pálida () Seca ()
 Otros _____

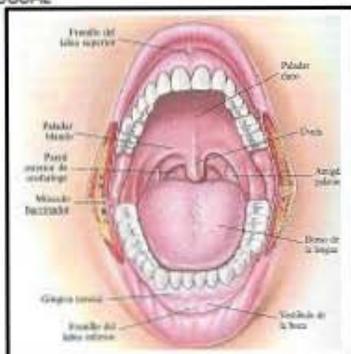
MUCOSA ORAL

- Coloración () Rojo Rosado () Pálida () Húmeda ()
 Otras _____

DIENTES

- Caries SI () NO () Cuántas piezas _____
 Adoncia SI () NO () Cuántas piezas _____

CAVIDAD BUCAL



☞ Marque con una "X" Caries, Adoncia o lesión en cavidad bucal

UÑAS

- Duras () Gruesas () Débiles Delgadas ()
 Quebradizas () Descamadas () Rosadas ()
 Pálidas ()

INDICE DE MASA CORPORAL (Peso kg. / (Talla m)2)

Peso Ideal _____ Peso Real _____

Talla _____

- <18 () 22-24.9 () 25-27 () >30 ()
 >40 ()

- BAJO PESO () NORMAL () SOBREPESO ()
 OBESIDAD () OBESIDAD MORBIDA ()

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN DATOS SUBJETIVOS

3.1 ¿Frecuencia de la evacuación?

- Diario () 2 ó 3 veces por semana () Otros ()

Especifique- _____

3.2 Describa las características de sus heces

Cantidad

- Escaso () Abundante ()

Consistencia

- Blandas formadas () Duras () Líquidas ()

Color

- Marrón () Amarillas () Otros ()

Especifique- _____

3.5 ¿Olor?

- Acre (Varia según alimento) () Desagradable ()

3.3 ¿Identifica elementos extraños en su defecación?

- SI () NO ()

- Alimentos no digeridos () Sangre () Parásitos ()

Otros ()

Especifique- _____

3.4 ¿Requiere laxantes para evacuar?

- SI () NO ()

- Natural () Medicamento ()

Especifique- _____

3.5 ¿Bajo tensión emocional hay cambio en su defecación?

- SI () NO ()

- Diarrea () Estreñimiento () Otros ()

3.6 ¿Consume medicamentos actualmente?

SI () NO ()

Cuales: _____

3.7 ¿Con qué frecuencia orina?

2 ó 3 Veces al día () 4 a 6 Veces al día ()

Otros ()

Especifique: _____

3.8 ¿Qué color tiene su orina?

Transparente Ámbar () Otros ()

Especifique: _____

3.9 ¿Bajo estado emocional hay cambio en su eliminación urinaria?

SI () NO ()

Aumenta el deseo de orinar () Otros ()

Especifique: _____

3.10 ¿Presenta alguna alteración urinaria? SI () NO ()

Ardor () Disuria () Incontinencia ()

Otros ()

Especifique: _____

3.11 ¿Cuál es el ritmo de su menstruación?

Cada 28 días () Cada 30 días () Otros ()

Especifique: _____

3.12 Describa las características de su menstruación

Cantidad
Escaso () Abundante ()

Duración
3 a 4 días () 5 a 6 días () Otros ()

Especifique: _____

Color

Rojo brillante () Rojo oscuro () Otros ()

Especifique: _____

3.13 ¿Presenta alguna alteración?

SI () NO ()

Dolor () Sangrado inter-menstrual () Otros ()

3.14 ¿La tensión emocional altera su ciclo menstrual?

SI () NO ()

Como: _____

DATOS OBJETIVOS

Explore

3.15 Características de las heces

Observaciones: _____

3.16 Elementos extraños en las heces

Observaciones: _____

3.17. Simetría del abdomen

Liso, plano () Redondeado convexo () Distendido ()

3.18. Presencia de ruidos intestinales

Audibles () Hipoactivos () Hiperactivos ()

3.19. Áreas sensibles en abdomen

Abdomen relajado () Dolor e hipersensibilidad ()

Localizada () Generalizada () Masas superficiales ()

3.20. Características de la orina.

Observaciones: _____

3.21. Elementos extraños en la orina

Observaciones: _____

3.22. Presencia de globo vesical

Palpable () No palpable ()

3.23. Dolor en el bajo vientre:

SI () NO ()

Características del dolor: _____

3.24. Presencia de diaforesis

SI () NO ()

Observaciones: _____

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA DATOS SUBJETIVOS

4.1 Antecedentes de Dolor:

Cervical () Lumbar () Ciática ()

De articulaciones de miembros superiores ()

De articulaciones de miembros inferiores ()

4.2 Tipo de trabajo que realiza:

Con esfuerzo físico () Sin esfuerzo físico ()

4.3 Actividad que realiza en el trabajo es:

Sentado de 2-3 hrs. () De 4-6 hrs. ()

De 7-8 h () De pie de 2-3 hrs. () De 4-6 hrs ()

De 7-8 h () De movimiento continuo ()

4.4 ¿Acostumbra tomarse algún tiempo de descanso durante el día? SI () NO ()

4.5 ¿De cuánto tiempo? De 10 min () 15 min () 20 min () + de 30 min ()

4.6 ¿En que postura? Sentado () Recostado ()

4.7 ¿Se considera una persona? Activa () Sedentaria ()

Porque? _____

4.8 ¿Regularmente el calzado que usa es? De tipo común () de algún arreglo ortopédico ()

Otros ()

4.9 Rol Social ¿Pertenece a algún grupo? SI () NO ()

¿Cuál? _____

4.10 ¿Practica algún deporte? SI () NO ()

Con que frecuencia _____
 Cuán b tiempo _____

DATOS OBJETIVOS

4.11 De acuerdo a la observación, ¿la alineación ósea es la adecuada? SI () NO ()

Describe _____

4.12 De acuerdo a la exploración física el tono, la resistencia y la flexibilidad son las que corresponden a la edad del paciente? SI () NO ()

Porque? _____

4.13 ¿El peso y la talla corresponden a la edad cronológica del paciente? SI () NO ()

Porque? _____

4.14 De acuerdo a la exploración física ¿Consideras que el Estado emocional del paciente afecta la postura anatómica? SI () NO ()

Porque? _____

4.15 Equilibrio sentado, ¿es firme y seguro? SI () NO ()

Porque? _____

4.16 ¿Al levantarse el paciente lo hace? Con impulso normal y sin ayuda ()
 Utiliza los brazos como ayuda ()
 Con ayuda de otra persona ()

4.17 ¿Para la deambulación observas si el paciente requiere de algún apoyo? SI () NO ()

¿Cuál? Bastón () Andadera () Muletas ()

De otra persona ()

4.18 ¿Presenta alguna face de dolor? SI () NO ()

Describe _____

4.19 En cuanto a la marcha, ¿esta es? Con pasos continuos () Con pasos discontinuos ()

4.20 La marcha, ¿La inicia inmediatamente después de que se le pide que camine? SI () NO ()

Porque? _____

5. NECESIDAD DE DE SCAN SO Y SUEÑO

DATOS SUBJETIVOS

5.1 ¿Tiene dificultad para conciliar el sueño? SI () NO ()

5.2 ¿Cuántas horas duerme durante la noche? Menos de 4hrs () De 4 a 6 hrs () De 7 a 9 hrs () Más de 9 hrs ()

5.3 ¿Tiene dificultad para mantenerse dormido? SI () NO ()

¿Porque? _____

5.4 ¿Cómo es su patrón de sueño? Continuo () Discontinuo () Insomnio ()

¿Porque? _____

5.5 ¿Realiza alguna actividad para favorecer el sueño? SI () NO ()

¿Cuál? _____

5.6 ¿Toma algo para inducir el sueño? SI () NO ()

¿Que? _____

5.7 ¿Los medicamentos que toma lo mantienen despierto?

SI () NO ()

¿Cuál? _____

5.8 ¿Su estado de ánimo le impide dormir?

SI () NO ()

5.9 ¿Ronca o le han dicho que ronca mientras duerme?

SI () NO ()

5.10 ¿Le han dicho que cuando duerme deja de respirar por periodos cortos?

SI () NO ()

5.11 ¿Padece dolor de cabeza tras despertarse?

SI () NO ()

5.12 ¿Tiene dificultad para mantenerse despierta durante el día?

SI () NO ()

5.13 ¿Acostumbra a tomar una siesta?

SI () NO ()

½ hora () Una hora () Más de una hora ()

5.14 ¿Se queda dormido en momentos inapropiados?

SI () NO ()

5.15 ¿Durante el día se siente cansado?

SI () NO ()

DATOS OBJETIVOS

Inspeccione en el paciente:

1. Presencia de ojeras. SI () NO ()

2. Cambio de posición varias veces) SI () NO ()

3. Bostezos frecuentes SI () NO ()

4. Visión borrosa SI () NO ()

5. Tipo de respuesta es lenta SI () NO ()

6. Se observa fatigado SI () NO ()

7. Irritabilidad SI () NO ()

8. ¿Se encuentra apático? SI () NO ()

9. ¿Presenta somnolencia excesiva? SI () NO ()

6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

DATOS SUBJETIVOS

6.1 ¿Su estado de ánimo es determinante para elegir las prendas de vestir que usará?

SI () NO ()

Cómo _____

6.2 ¿Considera que la manera de vestir marca diferencias personales, sociales, culturales, etc?

SI () NO ()

Cómo _____

6.3 ¿Puede decidir por sí solo (a) la ropa que se pone?

SI () NO ()

6.4 ¿Necesita ayuda para vestirse o desvestirse?

SI () NO ()

6.5 ¿Tiene algún objeto accesorio del vestir que tenga significado especial para usted?

SI () NO ()

Cual es _____

6.6 ¿Su modo de vestir esta relacionado con sus valores y creencias?

SI () NO ()

6.7 ¿Se le dificulta vestirse y desvestirse en un sitio extraño, ante personas o con ayuda de otra gente?

SI () NO ()

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

DATOS SUBJETIVOS

7.1 ¿Experimenta frío frecuentemente?

SI () NO ()

7.2 ¿Experimenta mucho calor?

SI () NO ()

7.3 ¿Temperatura ambiental que le es agradable?

Templado () Caluroso () Frío ()

DATOS OBJETIVOS

7.4 ¿Vestido adecuado a la estación?

SI () NO ()

7.5 ¿Habitación y vivienda adecuada?

SI () NO ()

Características de la piel

Rubicunda () Diaforesis ()

Frialdad de la piel () Transpiración normal ()

Escalofríos () Palidez () Pilo erección ()

Enlentecimiento del llenado capilar ()

Palidez de los lechos unguiales () Piel caliente al tacto ()

Temperatura

Hipodérmica () Febrícula ()

Hipertérmica () No mo termia ()

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Datos Subjetivos

8.1 ¿Cuenta con recursos públicos para practicar su higiene?

SI () NO ()

8.2 ¿Baño?

Diario () Cada tercer día () Una vez por semana ()
Otro _____

8.3 ¿Lavado de manos

Antes de comer () Antes de ir al baño ()

Después de ir al baño () Otro _____

8.4 ¿Cepillado de dientes y/o prótesis?

Después de cada alimento () 2 veces al día ()

1 vez al día () no lo practica ()

8.5 ¿Necesita ayuda para practicar su higiene?

SI () NO () Parcial () Total ()

Datos Objetivos

8.6 ¿Aspecto general?

Correcto () Incorrecto ()

8.7 PIEL

() Integra / hidratada () Heridas

Localización _____

() Deshidratada () Ulceras

Localización _____

() Palidez () Edema

Localización _____

() Ictericia () Verrugas

Localización _____

() Cianosis () Lunares

Localización _____

() Otros _____ () Manchas

Localización _____

Decoloración ()

Localización _____

Exudados ()

Localización _____

8.9 CABELLO

Fino () Grueso () Brillante () Seco ()

¿Presencia de parásitos?

SI () NO ()

Especifique _____

SI () NO ()

Localización _____

8.9 UÑAS

Aspecto

Cuidadas () Descuidadas () Mordidas () Lisas ()

Limpias () Duras () Delgadas () Micosis ()

Color:

Rosa () Amarillas () Verdoso-negruzco ()

Otro _____

NARIZ

Mucosa Nasal

Coloración:

Rosa intenso () Otro _____

Secreción

Transparente () Amarilla () Verdosa ()

Otra _____

Presencia de:

Sangre () Costras () Perforaciones ()

Otros _____

Boca y Orofaringe

LABIOS

Aspecto:

Secos () Grietas () Edema ()

Otro _____

Coloración:

Rozados () Palidez () Cianosis ()

Otra _____

Mucosa Bucal

Color:

Rojo Rosado () Otro _____

Húmeda () Otro _____

Presencia de:

Manchas () Lesiones () Ulceras ()

Otras

Dientes

Completos () Incompletos ()

Prótesis: SI () NO ()

Presencia de:

Placa dentobacteriana () Sarro ()

Localización _____

8.8 CAVIDAD ORAL

() Halitosis () Lesiones

Localización _____

() Ulceras

Localización _____

() Manchas

Localización _____

() Sangrado

Localización _____

() Dolor

Localización _____

() Criptas

Localización _____

() Inflamación

Localización _____

() Induraciones

Localización _____

8.10 OIDOS:

Dolor SI () NO ()

Inflamación SI () NO ()

Cerumen SI () NO ()

Derrames SI () NO ()

Cuerpos Extraños SI () NO ()

Presencia de:

() Nódulos

Localización _____

() Lesiones

Localización _____

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

DATOS SUBJETIVOS

9.1 ¿Con que periodicidad lleva su control médico?

Cada año () sólo cuando se enferma ()

Otros ()

9.2 ¿Se enferma frecuentemente?

SI () NO ()

9.3 ¿Cuenta con cartilla de vacunación?

SI () NO ()

9.4 ¿Se ha aplicado otras vacunas?

SI () NO ()

Cuáles _____

9.5 ¿Conoce las medidas para prevenir enfermedades?

SI () NO ()

Cuáles _____

9.6 ¿Ha padecido alguna alteración?

Física () psicológica () social ()

¿Cuál? _____

Este padecimiento altera su autoconcepto o su imagen

SI () NO ()

Porqué _____

9.7 ¿Actualmente requiere de algún tipo de ayuda?

SI () NO ()

¿Cuál? _____

La utiliza S () NO ()

Porqué _____

9.8 ¿Cómo reacciona ante una situación de peligro?

Se estresa S () NO ()

Pierde el control S () NO ()

Porqué _____

¿Cómo lo manifiesta? _____

La familia le apoya SI () NO ()

Porqué _____

9.9 ¿Asiste a algún centro de ayuda para manejar sus emociones?

SI () NO ()

¿Quien? _____

9.10 ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes en su casa?

SI () NO ()

¿Cuáles? _____

9.11 ¿Actualmente identifica riesgos de accidentes en su casa?

SI () NO ()

¿Cuáles? _____

9.12 ¿Conoce las medidas de prevención en su trabajo?

SI () NO ()

¿Cuáles? _____

9.13 ¿En su trabajo identifica áreas o factores de riesgo de accidente?

SI () NO ()

¿Cuáles? _____

9.14 Suele consumir Alcohol () Tabaco ()

Medicamentos no prescritos o alguna droga

Especifique _____

9.15 ¿Conoce los efectos del consumo de estas sustancias?

SI () NO ()

¿Cuáles? _____

¿Se fija metas para el futuro? SI () NO ()

En cuanto tiempo _____

¿Toma provisiones económicas?

SI () NO ()

Le apoya algún familiar SI () NO ()

¿Quién? _____

DATOS OBJETIVOS

9.5 Escucha bien SI () NO ()

Porqué? _____

Tipo de apoyo que utiliza _____

9.6 Ve bien SI () NO ()

¿Porqué? _____

Qué apoyo utiliza _____

9.7 Lenguaje claro () SI () NO ()

¿Porqué? _____

9.8 Presenta sensibilidad en su cuerpo

SI () NO ()

¿Porqué? _____

9.9 Se le dificulta caminar SI () NO ()

¿Porqué? _____

10. NECESIDADES DE COMUNICACIÓN

DATOS SUBJETIVOS

10.1 ¿Tiene relaciones armónicas con su familia?

SI () NO ()

¿Porqué? _____

10.2 ¿Pertenece o asiste a algún grupo de ayuda?

SI () NO ()

¿Cuál? _____

10.3 ¿Utiliza mecanismos de defensa al comunicarse como?

Sentimientos de negación () Inhibiciones ()

Agresividad () Hostilidad ()

Desplazamiento ()

10.4 ¿Tiene alguna limitación física que le impide comunicarse?

SI () NO ()

¿Cuál? _____

10.5 ¿Habla con alguien de su familia cuando tiene problemas?

SI () NO ()

¿Con quien? _____

10.6 ¿Cuánto tiempo pasa solo? _____

10.7 ¿Tiene contactos sociales satisfactorios?

SI () NO ()

¿Porqué? _____

10.8 ¿Se siente a gusto con su forma de comunicarse con los demás?

SI () NO ()

¿Porqué? _____

10.9 ¿Se considera de buen humor?

SI () NO ()

¿Porqué? _____

10.10 ¿Cuándo está estresado se le dificulta comunicarse con los demás?

SI () NO ()

¿Porqué? _____

10.10 En su núcleo familiar o grupo cree que tiene que competir con otra persona?

SI () NO ()

¿Con quien? _____

10.11 Cree que sus necesidades sexuales están cubiertas en forma satisfactoria?

SI () NO ()

¿Porqué? _____

DATOS OBJETIVOS

Estado de conciencia

Conciente () Inconsciente () Estuporoso ()

Soporoso () Somnoliento ()

Según edad es tá orientado

Persona () espacio () lugar () tiempo ()

¿Al hablar establece contacto visual? SI () NO ()

Especificar _____

¿Se relaciona con su familia? SI () NO ()

Especificar _____

¿Qué persona de su familia es más importante para usted?

¿Cómo lo consideran a usted dentro del núcleo familiar?

¿Recibe visitas de su familia? SI () NO ()

¿De quién? _____

¿Utiliza alguna prótesis para escuchar?

SI () NO ()

Especificar _____

11. PRACTICAR SU RELIGION. ACTUAR DE ACUERDO A CREENCIAS Y VALORES

Datos Subjetivos

11.1 ¿Religión? _____

11.2 ¿Practica su religión?

SI () NO ()

11.3 ¿Su religión le prohíbe?

Alimentos () Practicas higiénicas ()

Tratamientos médico ()

¿Cuáles? _____

11.4 ¿Necesita del algún objeto, imagen religiosa que le ayude en su tratamiento médico?

SI () NO ()

11.5 ¿De acuerdo a sus creencias y valores como responde a la enfermedad?

Angustia () Temor () Ansiedad ()

Depresión () Enojo () Culpa ()

Vergüenza () Desesperanza () Resignación ()

11.6 ¿Requiere de servicios religiosos?

SI () NO ()

Observaciones _____

¿En su hogar cuenta con un área específica para comunicarse?

SI () NO ()

Especificar _____

12 NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN

DATOS OBJETIVOS

12.1 ¿Tiene actividad remunerada?

SI () NO ()

12.2 ¿Tipo de trabajo?

Eventual () Permanente ()

12.3 ¿Sus ingresos económicos cubren sus necesidades básicas personales y las de su familia?

SI () NO ()

12.4 ¿Le resulta difícil cubrir sus ingresos?

SI () NO ()

12.5 ¿Esta usted satisfecho con su trabajo?

SI () NO ()

12.6 ¿Esta usted molesto por su trabajo y no lo puede cambiar por otro?

SI () NO ()

12.7 ¿Su trabajo lo realiza de buen humor la mayor parte del tiempo?

SI () NO ()

12.8 ¿Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia en el trabajo?

SI () NO ()

DATOS SUBJETIVOS

Estado Emocional () Inquieto ()
 Tranquilo () Eufórico ()
 Ansioso () Decepcionado de su trabajo ()
 Irritable () Deprimido ()

12.8 ¿Expresiones de desesperanza e inutilidad?

SI () NO ()

¿Por qué? _____

13. NECESIDAD DE JUEGO Y RECREACION

DATOS SUBJETIVOS

13.1 ¿Dedica tiempo para realizar actividades deportivas, recreativas o ocio?

SI () NO ()

Tipo _____

13.2 ¿Qué actividades recreativas o de ocio desarrolla en su tiempo libre?

Leer ()	Actividades Lúdicas ()
Ver televisión ()	Actividades Culturales ()
Actividades Deportivas ()	Juegos de mesa ()
Cine ()	Teatro ()

13.3 ¿Las situaciones de estrés y emociones intensas le impiden realizar actividades recreativas y deportivas?

SI () NO ()

De que modo _____

13.4 ¿Considera que el tiempo que usted dedica a la

recreación es suficiente en proporción al tiempo y energía que dedica a su trabajo?

SI () NO ()

¿Por qué? _____

13.5 ¿Conoce los lugares de recreación que tiene a su alcance en la comunidad?

SI () NO ()

13.6 ¿Cuenta con los recursos económicos para poder realizar actividades recreativas?

SI () NO ()

DATOS OBJETIVOS

13.7 Integridad del Sistema Neuro muscular

Elastioidad ()

Flexión ()

Extensión ()

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

DATOS SUBJETIVOS

14.1 ¿Sabe escribir?

SI () NO ()

14.2 ¿Sabe leer?

SI () NO ()

14.3 ¿Le cuesta trabajo aprender?

Mucho () Poco ()

No me cuesta trabajo ()

14.4 ¿Considera que su memoria es buena?

SI () NO ()

¿Por qué? _____

14.5 ¿Usted considera que necesita adquirir nuevos conocimientos?

SI () NO ()

¿Por qué? _____

14.6 ¿Conoce el motivo de su ingreso?

SI () NO ()

14.7 ¿Le gustaría aumentar sus conocimientos respecto a su salud?

SI () NO ()

14.8 ¿De qué fuente adquiere sus conocimientos?

Lecturas () De sus semejantes () Televisión ()

Radio () Cursos () Otros ()

¿Cuáles? _____

14.9 ¿Lo que ha aprendido ha modificado su estado de salud?

SI () NO ()

¿Cómo? _____

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA)

1 AIRE Y CARDIOVASCULAR		2-3 HIDRATACIÓN - NUTRICIÓN		4. ELIMINACIÓN VESICAL Y/O INTESTINAL	
A	DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO	A	DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN	A	INCONTINENCIA URINARIA POR:
B	DETERIORO DE LA RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA	B	DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL	B	DETERIORO DE ELIMINACIÓN URINARIA
C	PERFUSIÓN TISULAR INEFECTIVA	C	DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR:	C	DIARREA
D	PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ	D	DÉFICIT DE VOLUMEN LÍQUIDOS	D	DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN USO DEL W.C.
E	CAPAC. ADAPTATIVA INTRACRANEAL DISMINUIDA	E	EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS	E	ESTREÑIMIENTO
F	OTRO:	F	OTRO:	F	OTRO:
5 ACTIVIDAD Y REPOSO		7 PELIGROS PARA LA VIDA		8 AUTOCONCEPTO Y ACEPTACIÓN	
A	DETERIORO DE LA INTEGRIDAD:	A	DOLOR	A	AFLICCIÓN CRÓNICA
B	INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD FÍSICA	B	HIPERTERMIA	B	AFRONTAMIENTO DEFENSIVO
C	DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA	C	TRASTORNO DE PERCEPCIÓN:	C	ANSIEDAD
D	DÉFICIT AUTOCUIDADO EN LA HIGIENE/VESTIDO	D	RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	D	CONFUSIÓN AGUDA
E	DETERIORO DE HABILIDAD PARA LA TRASLACIÓN	E	RETRASO EN LA RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA	E	DUELO ANTICIPADO
F	DETERIORO DE LA DEAMBULACIÓN	F	RIESGO DE INFECCIÓN:	F	TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL
G	OTRO:	G	RIESGO DE CAÍDA DE:	G	CONDUCTAS GENERADORAS DE SALUD
6 SOLEDAD E INTERACCIÓN SOCIAL		H	RIESGO DE ALTERACIÓN TEMPERATURA CORPORAL	H	RIESGO DE SOLEDAD
A	DESEMPEÑO INEFECTIVO DEL ROL	I	RIESGO DE AUTOLESIÓN	I	SÍNDROME DE ESTRÉS DEL TRASLADO
B	INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD FÍSICA	J	TERMORREGULACIÓN INEFECTIVA	J	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN
C	DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL	K	RIESGO DE GLUCEMIA INESTABLE	K	PATRÓN SEXUAL INEFECTIVO
D	OTRO:	L	RIESGO DE SANGRADO:	L	CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR
E		M	OTROS:	M	OTRO:
F		N			

FACTORES RELACIONADOS / ETIOLOGÍA

ACALASIA		DISFUNCIÓN NEUROVASCULAR		INMOVILIDAD FÍSICA TERAPÉUTICA	
ALTERACIÓN DE LA SENSIBILIDAD		DISFUNCIÓN NEUROMUSCULAR		INTERRUPCIÓN FLUJO VENOSO ARTERIAL	
ALTERACIÓN DE LAS CIFRAS DE GLUCOSA		DISMINUCIÓN DE LA FUERZA MUSCULAR		IRRITACIÓN MENINGEA	
ALTERACIONES NEUROLÓGICAS		DISMINUCIÓN DE LA MOVILIDAD		LESIONES CEREBRALES	
ATROFIA MUSCULAR		DISMINUCIÓN DE LAS DEFENSAS PRIMARIAS		MICROORGANISMOS MEDIO AMBIENTE H.	
AUMENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL		EDEMA CEREBRAL		PRESENCIA DE HEMATOMAS	
AUMENTO DE LA PRESIÓN INTRACRANEAL		EFECTOS POST - ANESTÉSICOS		PRESENCIA DE MASA TUMORAL:	
AYUNO TERAPÉUTICO PPM		EFECTOS SECUNDARIO DE MEDICAMENTOS		PROCED. INVASIVOS Y/O QUIRÚRGICO	
BAJA AUTOESTIMA		FACTORES MECÁNICOS: PRESIÓN-FRICCIÓN		PROCESO INFECCIOSO	
CAMBIOS EN EL ENTORNO		FALTA DE PROGRESO TERAPÉUTICO		RETENCIÓN DE SECRECIONES	
DÉFICIT DE INFORMACIÓN		FATIGA DE MÚSCULOS RESPIRATORIOS		SANGRADO:	
DEMENCIA		HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL		SECRECIÓN EXCESIVA DE:	
DESCENSO DE LA PERFUSIÓN CEREBRAL		HIPOTENSIÓN SISTÉMICA		SECUELAS DE CIRUGÍA:	
DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLÍTICO		HIPOVOLEMIA		TRAUMA CRANEAL:	
DESEQUILIBRIO VENTILACIÓN PERFUSIÓN		HIPOXIA		OTROS:	
DETERIORO DEL TRANSPORTE DE OXIGENO		INCAP. P/ DIGERIR/ABSORBER ALIMENTOS			
DETERIORO SENSITIVO Y/O MOTOR		INFECCIÓN DE LA ZONA QUIRÚRGICA			

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS / SIGNOS Y SÍNTOMAS

ACUFENOS		DISM. DE LA PRESIÓN RESPIRATORIA		NAUSEAS	
ADINAMIA		DISMINUCIÓN DE LA SaO2		NECROSIS	
AFASIA		DISNEA		NEGACIÓN	
AGITACIÓN		DISQUINESIA		OLIGURIA	
AGNOSIA		DOLOR:		ORTOPNEA	
AGRESIÓN		EDEMA:		PALIDEZ DE TEGUMENTOS (MUCOSA)	
ALETEO NASAL		EMESIS		PARESIA	
ALT. DE CARACT. DE LA PIEL		ENOJO		PÉRDIDA DE PESO	
ALTERACIÓN DE LA RESPIRACIÓN		ESTERTORES		PLEJÍA	
ALUCINACIONES		FALTA DE INT. EN LOS ALIMENTOS		PRESENCIA DE SANGRADO:	
AMASESIS		FOSFENOS		PTÓSIS	
ANOMALÍAS DEL HABLA		HEMATOMA		REGURGITACIÓN	
ANOSMIA		HIPEREMIA		RESPIRACIÓN DE CHEYNE-STOKE	
ANURIA		HIPERTENSIÓN:		RIGIDEZ DE NUCA	
APATÍA		HIPERTERMIA		SECRECIONES ABUNDANTES	
APNEA		HIPOTENSIÓN ARTERIAL		SIALORREA	
ASTENIA		HIPOTERMIA		SIBILANCIAS	
ATAXIA		HIPOTONÍA		TAQUIPNEA	
AUTOLESIÓN		INCAP. PARA APRENDER HABILIDADES		TEMBLORES	
BRADIPNEA		INCAP. PARA RETENER INFORMACIÓN		TENESMO	
BRONCOESPASMO		INGURGITACIÓN YUGULAR		TIROS INTERCOSTALES	
CAMB. DE COMPORTAMIENTO		INSEGURIDAD PARA MOVILIZARSE		TOS	
CEFALEA		INSEGURIDAD PARA LA DEAMBULACIÓN		USO MÚSCULOS ACCESORIOS P/RESPIRAR	
CIANOSIS		INSOMNIO		VÉRTIGO	
CONFUSIÓN		INTRANQUILIDAD		VÓMITO	
DEBILIDAD MUSCULAR		IRRITABILIDAD		OTRAS:	
DESORIENTACIÓN		LIMITACIÓN FÍSICA Y/O VISUAL:			
DESEQUILIBRIO ELECTROLÍTICO		MARCHA INESTABLE			
DIAFORESIS		MAREOS			
DIPLÓPIA		MIEDO			
DISFAGIA		MIOCLONIAS			
DISFASIA		MUCOSAS SECAS			

APORTE NUTRICIONAL

PRIMER TURNO	SEGUNDO TURNO	TERCER TURNO
Tipo de Dieta:	Tipo de Dieta:	Tipo de Dieta:
INGRESOS ORALES:	INGRESOS ORALES:	INGRESOS ORALES:

LÍQUIDOS PARENTERALES

	SOLUCIONES/CONCENTRADOS	CANTIDAD	MEDICAMENTO	PARA/HRS	INICIO	TÉRMINO	SDM	OBSERVACIONES	VOL. INF.	FXP
P R I M E R O										
S E G U N D O										
T E R C E R O										

	PRIMER TURNO	SEGUNDO TURNO	TERCER TURNO
INGRESOS I.V.			
TOTAL DE INGRESOS			

EGRESOS	CANTIDAD	CARACTERÍSTICAS	CANTIDAD	CARACTERÍSTICAS	CANTIDAD	CARACTERÍSTICAS
DIURESIS						
EVACUACIONES						
VÓMITO						
SUCCIÓN						
DRENES Y SONDAS:						
SANGRADO						
TOTAL EGRESOS						

BALANCE PARCIAL	PRIMER TURNO	SEGUNDO TURNO	TERCER TURNO	BALANCE TOTAL

ENSEÑANZA PARA EL AUTOCUIDADO / PLAN DE ALTA

--	--	--

OBSERVACIONES Y/O PENDIENTES PARA EL SIGUIENTE TURNO

--	--	--

Nombre (s) y apellidos completos de la enfermera (o) y firma

Enf. 1er. Turno _____	Supervisora 1er. Turno _____
Enf. 2o. Turno _____	Supervisora 2o. Turno _____
Enf. 3er. Turno _____	Supervisora 3er. Turno _____
	Jefe de Servicio _____

**ANEXO 10.5**

Formato para reporte y seguimiento de pacientes con úlceras por presión.

1.1 No. de Exp.	1.2. NOMBRE DEL PACIENTE	1.3 MEDIDAS CURATIVAS	1.4 SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCIÓN
1.5 JEFA DE ENFERMERAS _____		1.6 SUPERVISORA DE ÁREA _____	



**HOJA DE CONSUMO DE MATERIAL MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES
DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA UNIDAD 403**



NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
 AREA: _____ NO. DE CAMA _____ NO. DE EXP. _____
 DIAGNOSTICO _____ FECHA DE INGRESO _____ FECHA DE EGRESO _____

FECHA																			TOTAL			
MATERIAL	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	TOTAL
AGUJAS CAL/CANT																						
ALCOHOL ML.																						
ALGODÓN LAMINA																						
TORUNDAS																						
APLICADORES																						
APOSITOS																						
BATA DESECHABLE																						
BENJUI ML.																						
BOLSA RECOLECTORA DE ORINA CISTOFLOW																						
CATETER PARA OXIGENO																						
MASCARILLA																						
CINTA UMBILICAL																						
CUBRE BOCAS																						
DESTROSTIX/LANCETAS																						
GASAS																						
GORROS																						
GUANTES DESECH.																						
GUANTES QX. NO. CANTIDAD																						
ISODINE ML																						
JABON LIQUIDO ML																						
JERINGA 1cc																						
JERINGA 3cc																						
JERINGA 5 cc																						
JERINGA 10 cc																						
JERINGA 20 cc																						
LABSTIX																						
LLAVE DE 3 VIAS																						
METRICET																						
MICROPORE 2.5																						
MICROPORE 5																						
MICROPORE DE 7.5																						
PAÑAL DESECH.																						
PUNZOCAT 19																						
PUNZOCAT 18																						
PUNZOCAT 17																						
RASTRILLO																						
SONDA FOLEY CAL. CANTIDAD																						
SONDA LEVIN CAL. CANTIDAD																						
SONDA ASP. CAL. CANTIDAD																						
SUTURA CAL / TIPO																						
TELA ADHESIVA 2.5																						
TELA ADHESIVA 5																						
TELA ADHESIVA 7.5																						
TERMOMETRO																						
VENDA ELASTICA CANT. ANCHO																						
VENOPACK																						

NOMBRE DE LA ENFERMERA



REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Guillan G. Barre Ja. Storhl A. Syndrome the raduculo neurute aveo hyperalbuminuse du liquide ceplalo-rachidren sans reiction cellularre remarques sur les Caracteres Cliniques et Grap Hiques desreflexes Tendineux bull soc Med Hop. Paris 1916.
2. Labourtz AE, Man Gurten HH. Guillan-Barre Syndrome Presenting 2004.
3. Ayyar R. Clinical Presentation ot Peripheral Neuropathies Neuroimaging 2004.
4. Roman G.C. Epidemic Neuropathy in Cuba a public Heath problema related to the Cuban Democracy Act. Of the United States Neuroepidemiology 1998.
5. Harteng L. Anti GQ1b antibody as a factor predictive of mechanical Ventilation in Guillan Barre Syndrome. Neurology 2004.
6. Mac Khann GM Cornblath Dr. Griffin JW, Ho Tw, Li Cy Jrang Z et al. Acute motor axonal neuropathy a frequent cause of acute flaccid paralysis in china 1993.
7. Papazian O Alfonso I. Polirradiculoneuropatias autoinmunes agudas 2002.
8. Odaka Mr. Yuki N, Hirayaka K anti GQ 1b 1gG Antibody Sindrome Clinical and immunological 2001.
9. Fursberg A, Press R, Einargson U, De Pedro Cuesta J, Widen Holmquist L. Swedish Epidemiological Study group. Impairment in Guillain-Barre Syndrome 2001.
10. TORTORA. "Principios de Anatomía y Fisiología" 7ª ed. Madrid, España. McGraw-Hill. 1996. 1000p. ISBN: 84-8086-193-2.
11. HENDERSON, Virginia, "The Nature of Nursing" 1966
12. Henderson, Virginia. Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería 1ª ed. Ginebra 1961
13. <http://www.biografiasde.com/virginia-henderson>

- ✚ T. Heather Herdman, Phd, RN. "Diagnósticos Enfermeros" 2009-2011. Traducido por Editorial EdiDe, S.L. Barcelona, España. Elsevier 2010. 431p. ISBN: 978-84-8086-481-7.
- ✚ McCLOSKEY DOCHTERMAN, Joanne. "Clasificación de intervenciones de Enfermería" 4ª ed. Madrid, España. Elsevier, Mosby 2005. 1072p. ISBN: 978-84-8174-787-4.
- ✚ MOORHEAD, Sue. "Clasificación de Resultados de Enfermería" 3ª ed. Madrid, España. Elsevier, Mosby. 2005. 846p. ISBN: 978-84-8174-788-1.
- ✚ Dr. DABOUT. "Diccionario de Medicina". Traducido por M Montaner de la Poza. Mexico, D.F. Epoca, S.A. DE C.V. 2000. 652p. ISBN: 970-627-105-6.
- ✚ PLM® "Diccionario de Especialidades Farmacéuticas" 52ª ed. México, D.F. Thomson. 2006. 1504p. ISBN: 968-5887-76-4.
- ✚ RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, Bertha Alicia. "Proceso Enfermero" ed. 2002 Guadalajara, México. Editorial Cuellar 2006. 277p. ISBN: 968-7022-77-9.
- ✚ KOZZIER, Barbara, et. Al., "Fundamentos de Enfermería", volumen I, 5ª ed. España. Mc. Graw Hill, 1999 Interamericana.
- ✚ LUIS, Rodrigo Ma. Teresa, "Diagnósticos Enfermeros", 3ª ed. España 1998. Harcourt Brace.
- ✚ ACKLEY, Betty J. "Manual de Diagnósticos de Enfermería. 7ª ed. Madrid, España. Elsevier, 2007. 1316p. ISBN: 978-84-8174939-7.