



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESTUDIO DE CASO:

“Intervenciones de enfermería especializadas en rehabilitación a una persona con síndrome de Guillain Barré, aplicando la teoría de Dorothea Orem”

Que para obtener el título de
Enfermera Especialista en Rehabilitación

PRESENTA:

L.E.O. María Isabel Estrada Nieto

ASESORADO POR:

E.E.R. Nohemí Ramírez Gutiérrez

Ciudad de México, 2018.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN

ESTUDIO DE CASO:

“Intervenciones de enfermería especializadas en rehabilitación a una persona con síndrome de Guillain Barré, aplicando la teoría de Dorothea Orem”

PRESENTA:

L.E.O. María Isabel Estrada Nieto

ASESOR:

E.E.R. Nohemí Ramírez Gutiérrez

AGRADECIMIENTOS

A la vida y a Dios por permitirme desarrollarme con salud y amor en esta bella profesión que es la Enfermería.

A mis padres Luz María y Juan por confiar en mí, guiarme y ayudarme en este hermoso proyecto profesional.

A Iván por su apoyo incondicional en todos los sentidos, por creer en mi e impulsarme a ser siempre la mejor.

A mis sobrinos por ser mi inspiración, para ser una profesional mejor preparada para el futuro de la salud de mi país.

A mi coordinadora y asesora de especialidad la Licenciada Nohemí Ramírez Gutiérrez, por su apoyo y afecto en todo momento de esta trayectoria profesional, por su calidez y profesionalismo.

A mi Maestro, amigo y un gran hombre en mi vida, Rogelio Rodríguez Díaz que durante toda mi trayectoria profesional ha estado a mi lado, por su cariño, por sus consejos, sus enseñanzas y su sabiduría.

A mi compañera de la Especialidad Ana Valdez por su ayuda y su amistad incondicional.

Al Dr. Ramiro Pérez por ayudarme en mis dudas académicas y enseñarme lo bella que es la Rehabilitación.

A mis compañeras de hospitalización de rehabilitación: Zuly, Janeth H, Elizabeth H, Miriam G y Erika Anaya por su apoyo incondicional durante la especialidad.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, máxima casa de estudios, por ser mi casa siempre, por darme conocimientos, aprendizajes y valores únicos y portar sus colores que llevare siempre en el alma.

Al Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, por ser mi segunda casa, la cual me ha visto crecer profesionalmente, por darme la facilidad de seguir adelante y por ser la sede de la especialización de Enfermería Especialista en Rehabilitación que permite me desarrolle en pro de las personas con discapacidades osteomusculares y/o neurológicas.

¡Muchas Gracias!

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN.....	4
2.- OBJETIVO GENERAL	6
2.1 Objetivo (s) Especifico (s)	6
3.- FUNDAMENTACIÓN	7
Antecedentes.	7
4.- MARCO CONCEPTUAL	9
4.1 Conceptualización de Enfermería.	9
4.2 Paradigmas.....	9
4.3 Teoría de la Enfermería.....	11
4.4 Teorías de otras disciplinas.	14
4.5 Proceso de Enfermería.....	14
4.6 Síndrome de Guillain Barré.	16
5.- METODOLOGÍA.....	20
5.1 Estrategias de Investigación: Estudio de Caso.	20
5.2 Selección del caso y fuentes de información.	22
5.3 Consideraciones Éticas	23
6.- PRESENTACIÓN DEL CASO.....	31
6.1 Descripción del caso.....	31
7.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	33
7.1 Valoración.	33
7.2 Valoración focalizada	33
7.3 Jerarquización de Problemas.	41
7.4 Diagnósticos de Enfermería.	43
7.5 Planeación, Ejecución y Evaluación de los Cuidados.....	45
7.6 Evaluación	70
8.- PLAN DE ALTA	81
9.- CONCLUSIONES.....	85
10.- SUGERENCIAS	86
11.- BIBLIOGRAFÍA:.....	87
12.- ANEXOS.....	92

1.- INTRODUCCIÓN.

La historia de la rehabilitación en México se remonta a la creación de la Escuela Nacional para Ciegos y Deficientes Visuales a finales del siglo XIX. Durante el siglo XX hubo avances significativos en la atención a las personas con discapacidad, en la que participaron todas las instituciones de salud del país, incluyendo hospitales como el General de México, Juárez de la Ciudad de México, Infantil de México, Hospital Colonia, Hospital Central Militar, etc.

Es evidente la atención que en los últimos años se les ha dado a los temas de discapacidad y rehabilitación en todo el mundo. En nuestro país, la transición epidemiológica ha hecho necesario que los servicios de salud estudien, además del punto de vista biológico y su consecuente impacto en la salud, la trascendencia que tiene la discapacidad en materia social, ética, jurídica y económica en el individuo, su familia y la sociedad. La percepción de la discapacidad como fenómeno social que debe estudiarse desde distintas aristas en los sectores privado y gubernamental, ha creado la necesidad de disponer de insumos de información estadística que den sustento a los procesos de planeación, programación y toma de decisiones.

En una decisión histórica, la 67ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución por la que ratificaba el Plan de Acción Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre Discapacidad 2014-2021, «Mejor salud para todas las personas con discapacidad». Este plan de acción dará un impulso considerable a los esfuerzos de la OMS y a los gobiernos, para mejorar la calidad de vida de mil millones de personas con discapacidad de todo el mundo. Este plan tiene 3 objetivos: 1) Eliminar obstáculos, y mejorar el acceso a los servicios y programas de salud; 2) Reforzar y ampliar los servicios de rehabilitación, habilitación, tecnología auxiliar, asistencia y apoyo; así como, la rehabilitación de ámbito comunitario, 3) Mejorar la obtención de datos pertinentes e internacionalmente comparables sobre discapacidad y potenciar la investigación sobre la discapacidad y los servicios conexos.

La rehabilitación, según la definición del comité de expertos de la OMS, comprende todas las medidas destinadas a reducir los efectos de las afecciones que producen incapacidad y minusvalidez y a permitir al incapacitado y al minusválido que logren su integración social.

La falta de enseñanza y la orientación sobre pautas de cuidado y de asistencia a las personas con deficiencias, incapacidades y minusvalías deterioran no solo a la persona afectada sino también a su medio familiar, social y laboral, imposibilitándoles enfrentar las barreras físicas, sociales y culturales que se les presentan e impidiéndoles el acceso a los diferentes sistemas de la sociedad.

La rehabilitación se inicia en el primer contacto con la persona teniendo en cuenta que el primer aspecto para recuperar es su independencia, es decir, el mejor nivel de funcionamiento posible en las tareas cotidianas. Es necesario hacer énfasis en las capacidades y deseos de la persona discapacitada para formular objetivos reales.

La rehabilitación es un proceso creativo, que requiere la participación de un grupo interdisciplinario, en el cual cada persona contribuye con sus servicios especializados así el logro de una meta común: la rehabilitación del entorno social y familiar de la persona discapacitada, con medidas que ayuden a prevenir las incapacidades. Algunas de estas medidas son: 1) intervenciones sobre el individuo con terapia, asistencia médica y educación para la salud 2) intervenciones en el ambiente que rodea a la persona discapacitada, su familia y comunidad para lograr un cambio de actitud 3) intervenciones generales para disminuir los riesgos que se presentan en la sociedad.

La enfermera especialista en rehabilitación es el profesional que se contempla como educador, investigador, administrador, y proveedor del cuidado a nivel individual, familiar o colectivo; roles que

pueden desempeñarse en los servicios de atención comunitaria, ambulatoria, hospitalización general y especializada, urgencias, cuidados intensivos, cirugía general y especializada, quemados, medicina física y rehabilitación.

La enfermera especialista en rehabilitación participa con el equipo multidisciplinario en la evaluación integral de la persona que requiere recuperación, realizando acciones preventivas y de detección oportuna desde la etapa temprana de la enfermedad. Asesora a otros profesionales de enfermería y de salud, en las acciones que deben realizarse al paciente hospitalizado con el fin de prevenir la incapacidad e invalidez.

Promueve la participación de la persona objeto del cuidado a su medio social y a la familia la integra en los protocolos de recuperación durante la estancia hospitalaria, por lo otro, a través de la educación hacia el hogar, la participación del paciente y la familia, para fomentar el autocuidado en beneficio de la salud para la mejora de las actividades de la vida diaria (AVD) y la pronta recuperación.

En el presente estudio de caso se llevan a cabo una serie de planes de cuidados en una persona con síndrome de Guillain Barré (SGB) el cual se define como polirradiculoneuropatía aguda autoinmune que afecta nervios periféricos y raíces nerviosas de la médula espinal por mimetismo molecular entre antígenos microbianos y antígenos de los nervios; los factores genéticos y ambientales que afectan la susceptibilidad a desarrollar la enfermedad son aún desconocidos.

La presentación clínica es una debilidad simétrica o fenómenos sensitivos, de más de una extremidad, rápidamente progresiva, de comienzo habitual distal, con avance ascendente, que puede ocasionar disminución o pérdida de los reflejos osteotendinosos y potencialmente afectar los nervios craneales y motores, así como la musculatura respiratoria. (Willison, 2016).

La mortalidad estimada del SGB es variable y aún con el advenimiento de una terapia efectiva sigue siendo de 4 a 8%, se considera que más de 20% de los pacientes llega a requerir ventilación asistida y que alrededor del 40% de aquellos que ameritaron hospitalización requerirán rehabilitación (Caroll, 2003). Aproximadamente, 80% de las personas que presentaron SGB se recuperan adecuadamente después del tratamiento, sin embargo, la calidad de vida puede estar dañada en diferentes áreas muchos años después del inicio de la enfermedad, indicando recuperación incompleta a largo plazo; entre el 25 y 85% de los pacientes continúan con signos residuales de neuropatía, indicando daño funcional (Rudolph, 2008). La recuperación puede durar meses o años (Willison, 2016).

El tratamiento rehabilitador tiene como finalidad facilitar la máxima capacidad funcional y la reintegración de la persona en su entorno familiar, social y laboral mediante un proceso orientado por objetivos y realizado por un equipo multidisciplinario, se consideran indispensables las condiciones de déficit funcional severo que afecte de manera significativa a la autonomía en el desplazamiento y a las actividades básicas de la vida diaria, la comorbilidad compatible con el tratamiento rehabilitador y la capacidad cognitiva mínima conservada para asegurar la participación en las diferentes disciplinas del tratamiento.

La satisfacción de la persona con SGB y la de su cuidador deben considerarse indicadores de resultado de las unidades de neurorehabilitación. La implicación del familiar- cuidador principal en el proceso rehabilitatorio es básica, ya que está demostrado que esta implicación mejora la eficiencia, facilita el proceso del alta hospitalaria y la reintegración del paciente a su domicilio.

2.- OBJETIVO GENERAL.

2.1 Objetivo (s) Especifico (s)

Desarrollar un estudio de caso, que incluya un plan de cuidados, que a través de intervenciones especializadas en rehabilitación permitan a un adulto joven mejorar la pérdida de la fuerza muscular en miembros superiores, inferiores y tronco provocada por el síndrome de Guillain Barre y fomentar el autocuidado para la mejora de su salud y lograr su independencia.

Objetivos Específicos.

- ✓ Aplicar una valoración exhaustiva de la teoría general del autocuidado.
- ✓ Elaborar diagnósticos de enfermería reales, potenciales y de bienestar.
- ✓ Aplicar intervenciones y cuidados de enfermería en rehabilitación dirigidas a mejorar las limitaciones provocadas por la patología.
- ✓ Elaborar un plan de intervenciones especializadas en rehabilitación con la finalidad de llevar a la persona a la independencia.
- ✓ Modificar el daño en su integridad física y el aumento de progresión de las secuelas de la enfermedad, reduciendo la sintomatología con la aplicación de las intervenciones de enfermería especializadas en rehabilitación, para mejorar la calidad de vida de la persona.
- ✓ Evaluar las intervenciones de enfermería para la mejora del plan de cuidados.
- ✓ Implementar un plan de alta para mantenimiento y apego a su tratamiento.

3.- FUNDAMENTACIÓN

Antecedentes.

Se realizó una búsqueda de literatura comprendida entre los años 2012-2018 en el buscador google académico, base de datos de Clinical Key, PudMed, Science Direct y del Centro de Información Documental (CID) del Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”, se recolectó dicha información de octubre a diciembre 2017. Las palabras clave que se utilizaron para la búsqueda fueron “Guillain Barre”, se tomaron los artículos que aportaron datos acerca del Síndrome de Guillain Barre, prevalencia, diagnóstico, tipo de tratamiento y actividades de enfermería u otros profesionales en el proceso de cuidados y rehabilitación en esta patología.

Título del artículo: Plan de cuidados enfermeros en el paciente con Síndrome de Guillain Barré en una unidad de cuidados intensivos.

Este artículo nos habla desde fisiopatología del síndrome de Guillain Barré, el tratamiento que es de suma importancia mencionar que es mediante la transfusión de plasmaféresis o inmunoglobulinas y una rehabilitación temprana. A ello hay que añadirle la hospitalización temprana del paciente, con cuidados de enfermería específicos que garanticen la permeabilidad de las vías aéreas, la nutrición, el manejo del dolor, el manejo de la disautonomía y el apoyo físico y social. Menciona que la complejidad del síndrome no viene dada por los aspectos clínicos, sino por la suma de estos aspectos junto con los sociales y psicológicos. Nos describe las intervenciones de enfermería que se realizaron priorizando por necesidades afectadas de la persona. Finalizó diciendo que es un excelente artículo el cual es un apoyo para intervenir fundamentando los cuidados de enfermería en pacientes con este tipo de síndrome.¹

Título del artículo: Rápida recuperación del síndrome de Guillain Barré por tratamiento fisioterapéutico precoz.

En el presente artículo se reporta un paciente tratado en el área de la salud, a través de una panorámica descriptiva de su seguimiento clínico y específicamente terapéutico durante 3 meses, cuyo pronóstico vital y rehabilitador dada su extrema gravedad era poco favorable y que, mediante acciones fisioterapéuticas oportunas, se logró una rápida recuperación. Dentro de estos cuidados se brindó tratamiento postural, cambios de posición c/2 horas, movilizaciones pasivas de todas las articulaciones y tratamiento preventivo de úlceras por presión.²

¹ Nasser, O, Marín, C y Mjarro, S. Plan de cuidados enfermeros en el paciente con Síndrome de Guillain Barré en una unidad de cuidados intensivos. [Revista Médica electrónica] 2018 [citado el 29. junio.2018]; [10 pp]: Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-enfermeros-en-el-paciente-con-sindrome-de-guillain-barre-en-una-unidad-de-cuidados-intensivos/>

² Arce, E, Hernández, T, Hernández, Y, Cordovés, O. Rápida recuperación del síndrome de Guillain Barré por tratamiento fisioterapéutico precoz. [Revista de Ciencias Médicas. La Habana] [en línea] 2016 [citado 10. Dic.2018]; [5pp]: Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2016/cmh161i.pdf>

Título del artículo: Síndrome de Guillain Barré: Aprendiendo a vivir con una discapacidad residuales.

El presente artículo nos habla de un caso de una persona afectada por el síndrome de Guillain Barré, nos relata la importancia de reconocer la enfermedad ya que esta exige la atención sanitaria de un equipo multidisciplinario capaces de brindar apoyo en diversos aspectos, fisiológicos y mentales, alterados, tales como: la nutrición, la respiración y la función corporal. Y nos brinda un plan de cuidados de enfermería en una persona con secuelas de SGB después de 4 años del inicio de la enfermedad.³

Título del artículo: Diagnóstico y tratamiento, Síndrome de Guillain Barré, segundo y tercer nivel de atención.

La Guía de Práctica clínica nos habla del abordaje del padecimiento que es el síndrome de Guillain Barré, nos menciona las evidencias y recomendaciones como lo es: la prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación a la persona que padezca este tipo de enfermedad. La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.⁴

Título del artículo: Descripción clínica y relación con la estancia hospitalaria de pacientes con síndrome de Guillain-Barré en un comunitario en México.

Este interesante artículo nos habla de lo que es la patología de Síndrome de Guillain Barré, en esta investigación realiza como método un estudio prospectivo, observacional, descriptivo y longitudinal, incluyendo los pacientes atendidos con diagnóstico de SGB en el Hospital comunitario en un período de 18 meses, se atendieron 21 casos: 11 hombres (55%) y 10 mujeres (45%). Edad promedio 43.85 años (rango de 19 a 79). De los 21 casos, 9 (42%) no tuvieron antecedente de infección; 6 (28%) infección gastrointestinal, 5 (23%) respiratoria y en una paciente vacunación contra Influenza H1N1. El tiempo entre infección e inicio de los síntomas fue promedio 10.5 días Infección gastrointestinal y 17.6 días para respiratoria. Los síntomas de presentación fueron: debilidad centrípeta las 4 extremidades (90%), parestesias y disestesias (38%), disfonía (38%), disnea (33.3%) y disfagia (33.3%). Finalmente se concluye que la estancia hospitalaria fue mayor (que podría ser por un inadecuado abordaje en tiempo de diagnóstico, tratamiento y medidas fisioterapéuticas), sin embargo, parecería que los pacientes fueron afectados con una mayor severidad. Recientemente se realizó una publicación en México en el cual se documentó la mortalidad hospitalaria durante el año 2010 en sector público mexicano fue alta, así como mayor estancia hospitalaria.⁵

³ Villareal, E, Castr, M, Dangond, M, Palacio y Pereira, R. Síndrome de Guillain Barré: Aprendiendo a vivir con una discapacidad residuales. [Revista científica salud uninorte] [en línea] 2016 [citado el 10.dic.2018]; [12pp]: Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/8850/9880>

⁴ Secretaria de Salud. Guía de referencia rápida "Diagnóstico y tratamiento de Síndrome de Guillain Barré en la etapa aguda en el primer nivel de atención". 2016. [citado el 10.nov.17] : [7 pp] Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/089_GPC_SxGBarre2y3NA/GuillainBarrE_R_CENETEC.pdf

⁵ Medina S, Varga D, Rodríguez I, Orozco A y Hernández H. Descripción clínica y relación con la estancia hospitalaria de pacientes con Síndrome de Guillain Barré en un comunitario en México. [Revista Mexicana de Neurociencia] 2015. Abril. [Citado el 7.nov.17] (Vol. 16) (Nº2): [16 PP].

4.- MARCO CONCEPTUAL

4.1 Conceptualización de Enfermería.

Enfermería se ha descrito en numerosas oportunidades como una serie de tareas y técnicas (subordinadas a la medicina); como un servicio humano amplio, compasivo y de apoyo; como una vocación aprendida; y más recientemente como una disciplina del área de la salud y del comportamiento humano que maneja el cuidado de la salud en el transcurso del proceso vital humano.

La conceptualización incluye el entendimiento de aquellos factores biológicos, del comportamiento, sociales y culturales que tiene influencia en la salud y la enfermedad, incluyendo las definiciones de indicadores y resultados de salud. Estas características se reflejan en los temas manejados por Donalson y Crowley 1. Los principios y leyes que gobiernan los procesos vitales, el bienestar y el funcionamiento óptimo de los seres humanos; 2. Los patrones del comportamiento humano en interacción con el ambiente o contexto en situaciones normales o críticas de la vida; 3. Los procesos a través de los cuales se suceden cambios en la vida de los seres humanos y que afectan el estado de la salud.

Se reconoce que Enfermería es una disciplina profesional como un campo científico de aplicación porque su desarrollo disciplinar se basa en conocimientos propios particulares y en otros derivados de las ciencias naturales, sociales y de las humanidades.

4.2 Paradigmas.

En el área de la ciencia enfermera, los autores han propuesto una terminología específica de estos paradigmas teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina. Las denominaciones utilizadas aquí están inspiradas en los trabajos de Newman, Sime y Corcoran-Perry y de Newman. Se trata de los paradigmas de categorización, de la integración y de la transformación.

Paradigma de la Categorización.

Aplicado en el campo de la salud, este paradigma orienta a un pensamiento hacia la búsqueda de un factor casual responsable de la enfermedad.

El paradigma de categorización ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera, una orientación centrada en la salud pública que se interesa tanto en la búsqueda enfermedad y, más tarde, una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

Orientación hacia la salud pública.

Los escritos referidos a la orientación a la salud pública se sitúan en el alba de la sociedad moderna oriental, desde el siglo XIII al XIX. La necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios caracteriza esta orientación.

Según Nightingale, los cuidados enfermeros están basados no solamente en la compasión, sino también en la observación y la experiencia, los datos estadísticos, el conocimiento en la higiene pública y en la nutrición y sobre las competencias administrativas.

Nightingale considera a la persona según sus componentes físico, intelectual, emocional y espiritual, así como por su capacidad y su responsabilidad para cambiar la situación existente. Este potencial

de la persona es asimismo reconocido en la actividad enfermera orientada hacia el cambio del entorno, puesto que tiene objeto la mejora de las condiciones de la vida personales y comunitarias. La salud no solamente lo opuesto a la enfermedad: este concepto significa igualmente la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos. El cuidado es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere una formación formal.

Orientación hacia la enfermedad.

La orientación hacia la enfermedad se sitúa a finales del siglo XIX en contexto marcado por la expansión del control de infecciones, es decir, la mejora de los métodos antisépticos, de asepsia y de las técnicas quirúrgicas. Las enfermedades físicas son consideradas como una realidad independiente del entorno, de la sociedad y de la cultura. La salud es concebida como la ausencia de la enfermedad se reduce a una causa única. El factor causal orienta al tratamiento, y de dejan de lado los demás factores personales o ambientales.

Paradigma de la integración.

El paradigma de la integración prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno.

El paradigma de la integración se ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona.

Orientación hacia la persona.

Según esta orientación el cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. Centra su atención en la situación presente y utiliza los principios de la relación de ayuda. Intervenir significa actuar con la persona, a fin de responder sus necesidades no satisfechas.

En la medida que la persona es un todo formando por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, los componentes biológicos, psicológicos, sociológicas, culturales y espirituales están relacionados, de ahí la expresión: la persona es un ser psico-socio-cultural-espiritual.

Según esta orientación la salud y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica. La salud es un ideal que se ha de conseguir y está influenciada en el contexto en que la persona vive.

Y, por último, el entorno está constituido por diversos contextos (histórico, social, político, etc.) en el que la persona vive. Las interacciones entre el entorno y la persona se hacen bajo la forma de estímulos positivos o negativos y de reacciones de adaptación.

Paradigma de la Transformación.

El paradigma de la transformación representa un cambio de mentalidad sin precedentes. Según el paradigma de la transformación, un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Algunos presentan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura única; es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad más, un mundo que la rodea. Conocida desde hace tiempo en el mundo oriental, esta gran corriente del pensamiento está ya bien situada en todas las esferas del mundo oriental.

En otras palabras, las enfermeras van y vienen entre los diferentes paradigmas, y lo hacen, a menudo, sin saberlo. Cuando un paradigma ha guiado la comprensión del mundo durante varios años, es difícil reemplazarlo con otra forma de ver. Incluso es difícil aceptar otras formas de ver.

Así la disciplina enfermera ha evolucionado en el contexto de los acontecimientos históricos y movimientos sociales que han sucedido durante estos últimos siglos.⁶

4.3 Teoría de la Enfermería.

Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem

Biografía.

Dorothea Elizabeth Orem (1914-2007) nació en Baltimore, Maryland; realizó su carrera profesional en la Escuela de Enfermería del Providence Hospital, de Washington, D.C. A principios de la década de 1930 obtuvo el diploma de Enfermería; en 1946 obtuvo un MSNE; durante su práctica profesional fue enfermera quirúrgica, supervisora y profesora de ciencias biológicas; fungió como directora de la Escuela de Enfermería y el Departamento de Enfermería del Providence Hospital; durante 8 años permaneció en la División de Hospitales y servicios Institucionales de Indiana donde buscó mejorar la calidad de enfermería; en 1959 publicó *Guidelines for developing curricula for the education of practical nurses*; en 1971 publicó el libro *Nursing: concepts of practice*; se retiró en 1984 pero continuó asistiendo a conferencias.⁷



<https://bit.ly/2R6lIRs>

Teoría del Déficit de Autocuidado

Esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto.

Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.

La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que legitima la necesidad de cuidados de enfermería.

Las personas limitadas o incapacitadas para cubrir su autocuidado son los pacientes legítimos de las enfermeras.

Los enfermeros(as) establecen qué requisitos son los demandados por el paciente, seleccionan las formas adecuadas de cubrirlos y determinan el curso apropiado de la acción, evalúan las habilidades y capacidades de la persona para cubrir sus requisitos, y el potencial de la persona para desarrollar las habilidades requeridas para la acción.

Cuando existe el déficit de autocuidado, Los enfermeros(as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de

⁶ Balan, C y Franco, M. *Teorías y Modelos de Enfermería*. 2da ed. México: UNAM. 2011.

⁷ Pereda, M. Explorando la Teoría General de Orem. México [Revista de Enfermería Neurológica][en línea] 2011(vol. 10) (Nº3) [Citado el 2.12.17]:[6pp]: Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>

apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo.

Requisitos de Autocuidado Universales

Orem ha identificado y descrito ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado, independientemente del estado de salud, edad, nivel de desarrollo, o entorno ambiental de un individuo. El término "requisito" se usa para indicar una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo.

Requisitos:

1. Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.
2. Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
3. Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos
4. Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal
5. Equilibrio entre actividades y descanso.
6. Equilibrio entre soledad y la comunicación social,
7. Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano
8. promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano.⁸

Estos cuidados de requisitos de autocuidado universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida.

Requisitos de Autocuidado del desarrollo

Además de los requisitos de autocuidado universal, esenciales para todas las personas en todas las etapas del desarrollo, Orem ha identificado un segundo tipo de requisitos, hallando en especialidades circunstancias, asociados con el desarrollo humano. Estos requisitos de autocuidado del desarrollo se clasifican en dos.

Etapas específicas de desarrollo.

Algunos requisitos del desarrollo están relacionados con la producción y el mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo, es decir, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración. Este grupo de requisitos de autocuidado se asocia con etapas específicas del desarrollo, como el ser un neonato. En tales etapas debe de presentarse una especial consideración a aspectos del cuidado necesario para sostener la vida y dirigidos específicamente a la promoción del desarrollo.

Las etapas de desarrollo específicas incluyen:

1. Vida intrauterina y nacimiento.

⁸ Balan, C y Franco, M. Teorías y Modelos de Enfermería. 2da ed. México: UNAM. 2011.

2. Vida neonatal, ya sea un parto o termino o prematuro, o un niño con peso normal o con bajo peso.
3. Lactancia
4. Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.
5. Etapas de desarrollo de la edad adulta.
6. Embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

Orem argumenta que en cada una de estas etapas de desarrollo deben considerarse los requisitos de cuidado universal, pero también puede haber demandas específicas de salud a causa de nivel prevalente de desarrollo del individuo.

Requisitos de Autocuidado en la desviación de la salud.

Estos requisitos existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos.

La principal premisa de los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud es que el cambio en el estado de salud requiere que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud. Se espera que la persona cumpla entonces con cualquier intervención terapéutica legítima que se le ofrezca. Orem reconoce que la alteración del propio autoconcepto puede ser una parte importante de sentirse mal, y que es esencial para adaptarse a los cambios provocados por la enfermedad o lesión.

Teoría de los sistemas de Enfermería

- ✓ Sistema parcialmente compensador: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto, el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas. El paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentares, pero dependen de la enfermera: desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse.
- ✓ Sistema totalmente compensador: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total. Ejemplo Los cuidados que se realizan a un paciente inconsciente. Paciente encamado con reposo absoluto.
- ✓ Sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente, la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.

Estos sistemas de cuidado, se deben individualizar y concretar en cada paciente, para ayudar al proceso de determinación de las intervenciones y actividades específicas, así como para la evaluación de los resultados de la aplicación de estos sistemas.

Dorotea Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

Persona:	Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.
-----------------	--

Salud:	La salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona
Enfermería:	Servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.
Entorno	Lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo. ⁹

Cuadro 1. Elaborado por Isabel Estrada a partir de La Teoría de Dorothea Orem

4.4 Teorías de otras disciplinas.

No aplica

4.5 Proceso de Enfermería

El Proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería integrales y progresivos; se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas a las necesidades de salud.

El Proceso de Enfermería consta de 5 de etapas, que se describen a continuación:

Valoración.

Incluye la recogida de datos, su verificación, organización, comprobación de las primeras impresiones y su anotación, y en ella se incluyen los métodos de entrevista, observación y valoración física.

En esta fase se recopilan datos sobre la persona que permitan registrar las respuestas físicas, ideas, valores, y sentimientos a través de los cuales se identifican las necesidades de la persona y determinan las prioridades del plan de cuidados. En la primera parte del proceso, las creencias, conocimientos y capacidades del profesional son los principales factores influyentes en el modo en el que se desarrolla la intervención clínica. Las creencias engloban las consideraciones de cada profesional sobre la disciplina, salud, persona y sus interrelaciones; los conocimientos incluyen el nivel de instrucción en ciencias biológicas y psicológicas como elementos indispensables para la valoración de la persona a la que atiende, y, por último, las capacidades son la naturaleza técnica e interpersonal y entre ellas se incluyen la creatividad, el sentido común y la flexibilidad.

⁹ Prado, L, González, m, Paz, N y Romero, K. La Teoría del déficit de autocuidado Dorothea Orem punto de partida para la calidad de atención. [artículo de revisión][en línea] octubre 2014 [Citado el 2.12.17]: [11pp]: Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>

Diagnóstico.

El **Diagnóstico de Enfermería real** está compuesto de tres partes que son: el problema, el factor relacionado o la causa del mismo y los datos objetivos y subjetivos que indican su presencia. Gordon fue quien definió los componentes del Diagnóstico de Enfermería como “síndrome PES”, siendo acrónimo de problema, etiología y de las señales o síntomas.

El **Diagnóstico de Riesgo** describe respuestas humanas a situaciones de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse a un futuro próximo en una persona, una familia o una comunidad vulnerables.

Los **Diagnósticos de Salud** son un juicio real que se emite en una situación de salud, pero no podrían alcanzar un nivel mayor.

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	
✓	Diagnóstico Real: Problema + etiología + signos y síntomas (Síndrome PES)
✓	Diagnóstico de Riesgo: Problema + etiología
✓	Diagnóstico de Salud: Potencial de Aumento de.../ Potencial de mejora de ...

Cuadro 2. Elaborado por Isabel Estrada a partir de Teorías y modelos de Enfermería.

Planificación.

En esta etapa se incluye el desarrollo de las estrategias diseñadas bien para reforzar las respuestas saludables de la persona, bien para impedir, reducir o corregir las respuestas insanas. A su vez esta etapa consta de cuatro pasos lógicos y consecutivos elaborados para proporcionar unos cuidados al estado de salud del paciente:

1. Establecer prioridades o jerarquía de acuerdo a necesidades humanas
2. Desarrollo de los resultados denominados objetivos
3. Establecimientos de las intervenciones
4. Documentación.

Las intervenciones enfermeras se clasifican en dependientes, interdependientes e independientes y se “centran en las actividades necesarias para el fomento, conservación o restablecimiento de la salud de cliente”. Mientras que el primer tipo de intervención es aquella en la que el profesional de la Enfermería ejecuta el tratamiento facultativo, las interdependientes son llevadas a cabo junto con otros profesionales del equipo de salud, y las intervenciones independientes de Enfermería.

Ejecución.

Se divide en tres etapas: la preparación, intervención propiamente dicha o la documentación o registro tanto de las intervenciones enfermeras como de las respuestas de la persona, y se consideran pasos independientes del modelo organizativo utilizado para satisfacer las necesidades de la persona a la que se cuida.

Evaluación.

En esta fase se determinan la calidad de los cuidados prestados, obliga a la revisión de todos y cada uno de los pasos establecidos por el proceso de enfermería y permite apreciar tanto los progresos experimentados por el paciente como la adecuación de las intervenciones enfermeras. A pesar de situarse al final en el extremo final del proceso está presente en todas y cada una de las fases, pues

la dirección que tomará cada una dependerá de la anterior al ser una metodología organizada de un método consecutivo.¹⁰

4.6 Síndrome de Guillain Barré.

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía inflamatoria aguda inducida por inmunidad, que se manifiesta con hormigueo, debilidad progresiva y dolor. La variante más conocida es la forma atáxica sensitiva, el síndrome de Miller Fisher. Diversos mecanismos patológicos llevan a la desmielinización, el daño axónico o ambos. La infección por *Campylobacter jejuni* se asocia con una variante de inicio axónico. Se identificaron muchos otros agentes infecciosos que preceden al SGB, siendo el más reciente el virus Zika. El tratamiento es principalmente de apoyo. La plasmaféresis o la inmunoglobulina intravenosa aceleran la recuperación. Uno de cada 3 pacientes necesitará cuidados intensivos o respiración asistida. La recuperación total es frecuente, pero hasta un 10% de los pacientes quedarán discapacitados.¹¹

El síndrome de Guillain Barré (SBG) es una neuropatía adquirida, periférica, aguda, distinguiéndose varios subtipos desde el punto de vista electromiográfico y patogénico.

El 90-95 % de los casos corresponde a una polirradiculoneuropatía (aguda) desmielinizante que es más frecuente en Europa y E.U.A. Se caracteriza por cambios desmielinizante secundario a una infiltración de células T, macrófagos y daño axonal secundario

La forma axonal, en cambio, es más frecuente en Asia y América y se caracteriza por la presencia de anticuerpos dirigidos al axón. Existen otras variantes como la de Miller Fisher y la pandisautonomía.¹² **(Anexo-1)**

Tipos clínicos del síndrome de Guillain barre.

En la actualidad se han identificado distintas presentaciones clínicas, dentro de las cuales podemos mencionar;

- ✓ Faringeo- Cervico -braquial
- ✓ Paraparesia respetando miembros superiores
- ✓ Signos piramidales
- ✓ Afección facial con hiperreflexia
- ✓ Motor puro
- ✓ Autonómico
- ✓ Sensitivo puro
- ✓ Solo afectando nervios craneales
- ✓ Síndrome de Miller Fisher.
- ✓ Recaída del SGB
- ✓ SGB atáxico.

Sin embargo, podemos identificar y dividir de una forma más clara, los tipos clínicos del síndrome de Guillain Barré.

¹⁰ Balan, C y Franco, M. Teorías y Modelos de Enfermería. 2da ed. México: UNAM. 2011.

¹¹ Eelco F.M. Wijdicks EFM, Klein CJ. Síndrome de Guillain Barré. [En línea] 2018. [Citado el 25. mayo 2018]: [12pp]: Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2018/mim181i.pdf>

¹² Sánchez, J, Chao, L, Chávez, J, Domínguez, L, Wong, L, Blanco, E. Caracterización clínica del Síndrome de Guillain Barré. Cuba. [Rev. Cubana de medicina interna][en línea] 2012 [Citado el 2.12.17]: [11pp]: Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol11_2_12/mie01212.html

Presentación con debilidad predominante.

- ✓ AIDP; Polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda.
- ✓ Variantes de distribución restrictivas
- ✓ Características atípicas.
- ✓ AMAN (siglas en inglés) o NAMA; Neuropatía axonal motora aguda.
- ✓ AMSAN Neuropatía sensitivo-motora axonal aguda.
- ✓ Debilidad muscular no es la característica que predomina
- ✓ Síndrome de Miller Fisher
- ✓ Neuropatía sensitiva pura
- ✓ Pan-disautonomía Aguda.
- ✓ Otras variantes.¹³

Causas:

Una a tres semanas (a veces más) antes de que surjan los síntomas neuropáticos aparece una infección de vías respiratorias o gastrointestinales leve en un 60% de los casos. Como dato típico, hay una infección de vías respiratorias altas no descrita, pero en un momento a otro, según ciertos señalamientos, alguna infección febril o una vacunación antecedieron a la aparición de SGB (en ocasiones coinciden ambos datos).

- ✓ Infecciones virales, como VIH/SIDA, herpes, infecciones respiratorias y mononucleosis.
- ✓ Infecciones bacterianas
- ✓ Enfermedad de Hodgkin, una enfermedad neoplásica del sistema linfático
- ✓ Lupus eritematoso sistémico, una enfermedad autoinmunitaria de la piel y otros órganos
- ✓ Cirugía reciente
- ✓ Microorganismo entérico *Campylobacter jejuni* es un agente patógeno que surge con mayor frecuencia como antecedente identificable.
- ✓ Exantemas víricos y otras afecciones víricas (citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, virus de inmunodeficiencia humana HIV).
- ✓ Infecciones bacterianas distintas (*Mycoplasma pneumoniae*, Enfermedad de Lyme).
- ✓ Exposición a ciertos agentes trombolíticos y linfoma (Hodgkin).
- ✓ Vacunas obsoletas.¹⁴

Síntomas:

Los síntomas típicos son:

- a) Debilidad muscular o pérdida de la función muscular (parálisis)
- b) La debilidad comienza en los pies y las piernas y puede progresar hacia arriba hasta los brazos y la cabeza
- c) Puede empeorar rápidamente entre 24 y 72 horas (puede comenzar en los brazos y progresar hacia abajo y puede ocurrir en los brazos y las piernas al mismo tiempo.
- d) Puede ocurrir únicamente en los nervios craneanos
- e) Falta de coordinación
- f) Cambios en la sensibilidad
- g) Entumecimiento, disminución de la sensibilidad
- h) Sensibilidad o dolor muscular (puede ser similar al dolor por calambres).

¹³ Medina S, Varga D, Rodríguez I, Orozco A y Hernández H. Descripción clínica y relación con la estancia hospitalaria de pacientes con Síndrome de Guillain Barré en un comunitario en México. [Revista Mexicana de Neurociencia] 2015. Abril. [Citado el 7.nov.17] (Vol. 16) (Nº2): [16 PP].

¹⁴ Fresquet, José. Historia de la Medicina Georges Charles Guillain. [En línea] 2017.Abril. [Citado el 6.nov.17]: [6 pp] Disponible en: www.historiasdelamedicina.org/guillain.html

Síntomas adicionales que pueden aparecer son:

- a) Visión borrosa
- b) Dificultad para mover los músculos de la cara
- c) Torpeza y caídas
- d) Palpitaciones (sensación táctil de los latidos del corazón)
- e) Contracciones musculares

Síntomas de emergencia en donde se debe buscar ayuda médica inmediata son:

- a) Dificultad para deglutir
- b) Babeo
- c) Dificultad respiratoria
- d) Ausencia temporal de la respiración
- e) Incapacidad para respirar profundamente
- f) Desmayos¹⁵

Diagnóstico:

Se basa en los criterios clínicos considerando los antecedentes, hallazgos en el líquido cefalorraquídeo (LCR), serología para anticuerpos específicos y criterios electromiográficos.

Criterios diagnósticos para Síndrome de Guillain-Barré son:

1. Hallazgos necesarios para hacer el diagnóstico:

- ✓ Debilidad progresiva en varias extremidades
- ✓ Arreflexia

2. Hallazgos que apoyan fuertemente el diagnóstico:

- a) Datos clínicos en orden de importancia
 - ✓ Progresión desde unos días a 4 semanas
 - ✓ Relativa simetría
 - ✓ Alteraciones sensoriales leves
 - ✓ Compromiso de pares craneales incluyendo el facial
 - ✓ Recuperación que comienza 2 a 4 semanas después de detenerse la progresión
 - ✓ Disfunción autonómica
 - ✓ Ausencia de fiebre una vez instalado el síndrome
- b) Estudio del líquido cefalorraquídeo
 - ✓ Proteínas elevadas después de una semana
 - ✓ Menos de 10 linfocitos /mm³
- c) Pruebas electrofisiológicas
 - ✓ Conducción nerviosa lenta
 - ✓ Latencias distales prolongadas
 - ✓ Respuestas tardías anormales

¹⁵ Síndrome de Guillain Barré. [En línea] [La Revista de la American Medical Association] 2011. Enero. [Citada el 6.nov.17] (Vol. 305) (Nº3): [1pp]

3. Hallazgos que hacen el diagnóstico dudoso

- ✓ Existencia de un nivel sensorial
- ✓ Marcada asimetría de síntomas y signos
- ✓ Disfunción severa y persistente de vejiga e intestino
- ✓ Más de 50 células/mm³ en LCR

4. Hallazgos que excluyen el diagnóstico

- ✓ Diagnóstico de botulismo, miastenia, poliomielitis o neuropatía tóxica
- ✓ Metabolismo alterado de las porfirinas
- ✓ Difteria reciente
- ✓ Síndrome sensorial puro sin fatiga.⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾

Tratamiento

Como parte esencial del plan terapéutico y en correspondencia con el estado de gravedad del enfermo, se impone aplicar medidas generales y específicas que garanticen su adecuada evolución, a saber:

- ✓ Reposo en el lecho, acorde con la forma clínica y evitando adoptar posiciones viciosas.
- ✓ Control estricto de los signos vitales.
- ✓ Monitorización cardiovascular permanente.
- ✓ Uso de heparina para evitar el tromboembolismo pulmonar
- ✓ Fisioterapia general (Terapia física) para evitar las contracturas corporales
- ✓ Sondeo vesical si fuese necesario
- ✓ Apoyo emocional y psicológico continuo, tanto al paciente como a sus familiares.¹⁸

Las principales medidas terapéuticas incluyen plasmaféresis y la administración intravenosa de inmunoglobulinas. La plasmaféresis consiste en el intercambio de plasma por albúmina o por plasma fresco congelado, se extraen 50 mL/kg en días alternos hasta completar 5 sesiones. Se recomienda su uso precoz, principalmente en las 2 primeras semanas, en la fase de progresión del Síndrome de Guillain-Barré severo y en las recaídas; se plantea que mejora la evolución de la enfermedad, así como acorta el tiempo de ventilación mecánica. El uso de inmunoglobulinas intravenosas también ha demostrado efectividad tanto como en la plasmaféresis. Se aconseja al menos 5 dosis de 400 mg/kg/d en las 2 primeras semanas. Las recaídas son más frecuentes que, con la plasmaféresis, pero es tan efectiva como ella.¹⁹

¹⁶ Acosta M, Cañiza M, Romano M y Araujo E. Síndrome de Guillain Barré. [Revista de Posgrado de la Vía Catedra de Medicina] 2007.Abril. [Citado el 6.nov.17] (N° 168): [4pp].

¹⁷ Medina S, Varga D, Rodríguez I, Orozco A y Hernández H. Descripción clínica y relación con la estancia hospitalaria de pacientes con Síndrome de Guillain Barré en un comunitario en México. [Revista Mexicana de Neurociencia] 2015. Abril. [Citado el 7.nov.17] (Vol. 16) (N°2): [16 PP].

¹⁸ Maurece V y Ropper A. Manual de Neurología. (7ª) México. McGraw-Hill Interamericana. 2003.

¹⁹ Secretaría de Salud. Guía de referencia rápida "Diagnóstico y tratamiento de Síndrome de Guillain Barré en la etapa aguda en el primer nivel de atención". 2016. [citado el 10.nov.17] : [7 pp] Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/089_GPC_SxGBarre2y3NA/GuillainBarrE_R_CENETEC.pdf

5.- METODOLOGÍA.

5.1 Estrategias de Investigación: Estudio de Caso.

El método de estudio de caso es una herramienta valiosa de investigación, y su mayor fortaleza radica en que a través del mismo se mide y registra la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado.

De allí que Eisenhardt conciba un estudio de caso contemporáneo como “una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares”, la cual podría tratarse del estudio de un único caso o de varios casos, combinando distintos métodos para la recogida de evidencia cualitativa y/o cuantitativa con el fin de describir, verificar o generar teoría.

El método de estudio de caso los datos pueden ser obtenidos desde una variedad de fuentes, tanto cualitativas como cuantitativas; esto es, documentos, registros de archivos, entrevistas directas, observación directa, observación de los participantes e instalaciones u objetos físicos.

En este sentido, Chetty indica que el método de estudio de caso es una metodología rigurosa que:

- ✓ Es adecuada para investigar fenómenos en los que se busca dar respuesta a cómo y por qué ocurren
- ✓ Permite estudiar un tema determinado
- ✓ Es ideal para el estudio de temas de investigación en los que las teorías existentes son inadecuadas
- ✓ Permite estudiar los fenómenos desde múltiples perspectivas y no desde la influencia de una sola variable
- ✓ Permite explorar en forma más profunda y obtener un conocimiento más amplio sobre cada fenómeno, lo cual permite la aparición de nuevas señales sobre los temas que emergen, y
- ✓ Juega un papel importante en la investigación, por lo que no debería ser utilizado meramente como la exploración inicial de un fenómeno determinado.

Martínez cita a Sarabia cuando menciona que el estudio de caso es capaz de satisfacer todos los objetivos de una investigación, e incluso podrían analizarse diferentes casos con distintas intenciones.²⁰

El estudio de caso representa particularidades y singularidades donde se privilegian los límites del tiempo y el espacio del inter/sujeto/objeto de estudio. Se identifican en su diacronía por sus antecedentes y en su sincronía por los elementos que lo constituyen para saber sus relaciones. Dentro del modelo de gestión del conocimiento éste deberá contener

1. Una planeación
2. Un desarrollo metodológico
3. Un sistema de comunicación de resultados
4. Un sistema de evaluación.

²⁰ Martínez, C y Piedad, C. El método del estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. Pensamiento & Gestión. Redalyc Colombia 2006. [en línea] [Citado el 26.12.117];[30 pp]: Disponible: <http://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>

Pérez Serrano señala las siguientes características del estudio de caso:

Particularista: Se caracteriza por un enfoque claramente ideográfico, orientado a comprender la realidad singular. El cometido real del estudio de casos es la particularización no la generalización. Esta característica le hace especialmente útil para descubrir y analizar situaciones únicas. En el ámbito educativo nos encontramos con la necesidad de analizar y profundizar en situaciones peculiares.

Descriptivo: Como producto final de un estudio de casos se obtiene una rica descripción de tipo cualitativo. La descripción final implica siempre la consideración del contexto y las variables que definen la situación, estas características dotan al estudio de casos de la capacidad que ofrece para aplicar los resultados.

Heurística: porque puede descubrirle nuevos significados, ampliar su experiencia o bien confirmar lo que ya sabe, es una estrategia encaminada a la toma de decisiones.

Inductivo: se basa en el razonamiento inductivo para generar hipótesis y descubrir relaciones y conceptos a partir del sistema minucioso donde tiene lugar el caso. Las observaciones detalladas permiten estudiar múltiples y variados aspectos, examinarlos en relación con los otros y al tiempo verlos dentro de sus ambientes.

Cuadro 3. Elaborado por Isabel Estrada a partir de autor Pérez Serrano.

Una de las principales críticas del estudio de casos se encuentra en que este no permite hacer generalizaciones a partir de una singularidad.

Modalidades de estudios de casos Los estudios de casos pueden clasificarse a partir de diferentes criterios. Atendiendo al objetivo fundamental que persiguen Stake identifica tres modalidades:

✓ Estudio intrínseco de casos: su propósito básico es alcanzar la mayor comprensión del caso en sí mismo. Queremos aprender de él en sí mismo sin generar ninguna teoría ni generalizar los datos. El producto final es un informe básicamente descriptivo. (ejemplo: un profesor llama a un asesor o investigador para resolver un problema en el aula).

✓ Estudio instrumental de casos: su propósito es analizar para obtener una mayor claridad sobre un tema o aspecto teórico (el caso concreto sería secundario). El caso es el instrumento para conseguir otros fines indagatorios (ejemplo: en el caso anterior del problema en el aula nos interesaría por qué se produce dicho problema en el aula).

✓ Estudio colectivo de casos: el interés se centra en indagar un fenómeno, población o condición general a partir del estudio intensivo de varios casos. El investigador elige varios casos de situaciones extremas de un contexto de objeto de estudio. Al maximizar sus diferencias, se hace que afloren las dimensiones del problema de forma clara. Este tipo de selección se llama múltiple: se trata de buscar casos muy diferentes en su análisis pero que al menos al principio sean relevantes.

Cuadro 4. Elaborado por Isabel Estrada a partir del autor Stake.

Stake (1998) señala que, por sus características, el estudio de casos es difícil de estructurar con unos pasos delimitados pero la propuesta de Montero y León (2002) desarrolla este método en cinco fases:

1. La selección y definición del caso.
2. Elaboración de una lista de preguntas.
3. La localización de las fuentes de datos.
4. El análisis e interpretación.
5. La elaboración del informe.²¹

5.2 Selección del caso y fuentes de información.

La persona fue captada en el servicio de plasticidad cerebral (terapia física) proveniente del 3er piso de hospitalización-rehabilitación, de Síndrome de Guillain Barré en el Instituto Nacional de Rehabilitación el 24 de octubre del 2017.

Fuentes de información:

- ✓ Entrevista con el cuidador primario
- ✓ Entrevista con el paciente
- ✓ Exploración física focalizada
- ✓ Expediente clínico electrónico.

TRASCENDENCIA:

De acuerdo a las revisiones bibliográficas se encontraron dos artículos referentes a la enfermería basada en evidencia especializada en rehabilitación para la atención de la persona con síndrome de Guillain Barré. Se hallaron artículos de revisiones médicas detallando la fisiopatología, tratamiento, manejo de complicaciones y la rehabilitación, de este modo se adquirieron conocimientos para adecuar intervenciones de enfermería especializada en rehabilitación y de tal manera se implementó un plan de cuidados de autocuidado de los déficits de la persona.

A pesar de las limitaciones de información sobre el manejo de enfermería, este estudio de caso es una ventana para iniciar el cuidado especializado en rehabilitación en forma integral de la enfermedad.

MAGNITUD:

Desde la marcada declinación de la poliomielitis, el síndrome de Guillain Barré es considerado como la causa más frecuente de parálisis flácida reportándose una incidencia mundial de 0.6 a 4 por 100 000 habitantes por año. Suele afectar a personas de cualquier edad y sexo con 2 picos de presentación: uno en la etapa adulta joven (15-34 años) y otra en ancianos (60-74 años), es rara en niños menores de un año de edad. El trastorno suele aparecer unos días o semanas después de que la persona presentó síntomas de infección viral respiratoria o intestinal; en algunas ocasiones el embarazo, las cirugías o las vacunas pueden desencadenar el síndrome. Un estudio realizado en población pediátrica mostró que la neuropatía axonal motora aguda es un subtipo de síndrome de

²¹ Barrio, I, González, J, Padín, L, Peral, P, Sánchez, J, Tarín, E. El estudio de casos. Métodos de investigación educativa. Universidad Autónoma de Madrid. [en línea][citado el 26.12.17];[16pp]: Disponible en : https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Est_Casos_doc.pdf

Guillain Barré de importancia en los niños mexicanos, señaló también que ocurre estacionalmente predominando entre julio y septiembre y que se asocia con mayor frecuencia a diarrea.²²

FACTIBILIDAD:

El paciente presenta una excelente disposición para llevar a cabo el tratamiento junto con la Estudiante de Posgrado de Enfermería en Rehabilitación, no existe problemas con los horarios ya que el permanece todo el día en casa. Los resultados esperados es mejorar los arcos de movilidad, y recuperar tono muscular de miembros superiores e inferiores, iniciar marcha, así como la máxima independencia en las actividades de la vida diaria y mejorar el estado emocional. De igual forma proporcionar ayuda a la familia ya que la madre es el cuidador primario y se observa con labilidad emocional, observando que necesita ayuda psicológica. El tiempo de evolución después del inicio del Síndrome de Guillain Barré es de 3 meses.

5.3 Consideraciones Éticas

Los valores éticos de Enfermería.

La enfermería surgió como profesión en la segunda mitad del siglo XIX. La inglesa Florence Nightingale es la pionera de la enfermería moderna. Con su experiencia le brindó el ímpetu necesario para organizar la enfermería en los campos de batalla de la guerra de Crimea y, más tarde, establecer el programa de formación de enfermería en el hospital Saint Thomas, de Londres. La llegada de las escuelas de enfermería de Nightingale y los heroicos esfuerzos y reputación de esta mujer transformaron la concepción de esta labor en Europa y establecieron las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida. Nightingale introdujo los principios éticos de la fidelidad y la veracidad, lo que significa respeto y compromiso, fidelidad a los intereses de los pacientes que se atienden por encima de cualquier otro interés, siempre que no interfieran con los derechos de otros.

El desarrollo de la ciencia en el campo de la salud se ha ido perfeccionando con el objetivo de satisfacer las necesidades de la población. Los profesionales de la enfermería tienen como premisa preservar o mejorar su estado de salud, vinculando los principios éticos y bioéticos en la realización de las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades. La enfermera y el enfermero de nuestros tiempos requieren de una preparación con los conocimientos científicos que exige el avance tecnológico moderno alcanzado y, a la vez, deben desarrollar la sensibilidad frente a los problemas del ser humano; de ahí el carácter humanista de la profesión.

La práctica profesional de la enfermería se encuentra estrechamente ligada a la ética, ya que este personal es uno de los que mayor tiempo permanece cercano al paciente, al mismo tiempo que con frecuencia se enfrenta a múltiples dilemas éticos.

La necesidad de los cuidados de enfermería es universal, y el respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de esta profesión en la que no se hace distinción alguna de nacionalidad, raza, religión, color, edad, sexo, opinión política o posición social. La primera responsabilidad del enfermero es la consideración a las personas que necesitan su atención profesional, al proporcionarles el cuidado requerido y crear un medio en el que se respetan sus valores, costumbres y creencias. Los enfermeros mantienen reserva sobre la información

²² Secretaría de Salud. Guía de referencia rápida "Diagnóstico y tratamiento de Síndrome de Guillain Barré en la etapa aguda en el primer nivel de atención". 2016. [citado el 10.nov.17] : [7 pp] Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/089_GPC_SxGBarre2y3NA/GuillainBarrE_R_CENETEC.pdf

personal que recibe y juzga juiciosamente cuándo ha de compartirla con alguien. La enfermera o el enfermero tienen responsabilidad legal por las acciones, decisiones y criterios que se aplican en la atención de enfermería directa o de apoyo, considerando que enfermería es una profesión independiente, que contribuye con otras profesiones afines a proporcionar los cuidados de salud necesarios.²³

La Bioética.

Constituye una nueva disciplina que sirve de puente entre las ciencias y las humanidades y hace énfasis en dos aspectos: 1) la ética implica siempre una acción acorde con estándares morales y 2) la ética humana no puede ser separada ya de una comprensión realista de la ecología, entendida en su más alta acepción, de manera que "los valores éticos ya no pueden ser separados de los hechos biológicos". Esta nueva disciplina ha cobrado gran importancia en el mundo actual, donde la ciencia se une con la alta tecnología para ofrecer nuevos métodos con el fin de conservar la vida; pero que en ocasiones priva al paciente del calor humano y de su derecho propio a la vida, y también a la muerte. Los profesionales que conforman el equipo multidisciplinario de salud constituyen el centro medular para la preservación de los derechos y la calidad de vida de los pacientes, y evitan que la ciencia se convierta en la aplicación y desarrollo de técnicas y aparatos sin un trasfondo emocional, social y humano.

Es preciso imponer siempre un límite a las decisiones profesionales, y este límite implica el respeto a la libre decisión del paciente, a la expresión de su personalidad en su dignidad de ser humano; se les debe ayudar y aconsejar, pero no forzar sus decisiones. Las formas y modalidades de la comunicación de la "verdad" al paciente y a sus familiares revisten la característica de obligación moral y con inusitada frecuencia imponen un dilema bioético que plantea aprender a decir la verdad, pero no toda la verdad en un instante, sino aquella parte que les beneficie y no la que les hiere. De modo que no se limita a los cuatro principios, en tanto que la bioética demanda la integración del conocimiento científico en conexión con una totalidad: la de los seres vivos en su vinculación con lo orgánico e inorgánico. Los profesionales de esta rama, a través de sus acciones, deben tener presentes, entre otros, los siguientes principios:

- ✓ **Principio de beneficencia:** se basa en la necesidad de no hacer daño, de siempre hacer el bien, el personal de enfermería debe ser capaz de comprender al paciente a su cargo, y ver al paciente como el mismo.
- ✓ **Principio de la no maleficencia:** se trata precisamente de evitar hacer daño, evitar la imprudencia, la negligencia. Se debe prevenir el daño físico, mental, social o psicológico.
- ✓ **Principio de la justicia:** encierra en su significado la igualdad, la equidad y la planificación; se basa precisamente en atender primero al más necesitado de los posibles a atender; exige tratar a todas las personas por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad; jerarquizar adecuadamente las acciones a realizar; hacer uso racional de los recursos materiales para evitar que falten cuando más se necesiten.
- ✓ **Principio de autonomía:** se define como la capacidad que tiene la persona de tomar decisiones en relación con su enfermedad. Esto implica tener información de las consecuencias de las acciones a realizar. El principio de autonomía también supone respeto por las personas, tratarlas como lo que son. El mantenimiento de la autonomía del paciente supone considerarlo capaz para la toma de decisiones; para eso es necesario establecer una relación interpersonal sin coacción, ni persuasión, donde prevalezcan la información, las

²³ Mora, L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. [Revista cubana de oftalmología] [en línea] 2015 [citado el 2.12.17]: [6pp]: Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009

dudas y la consideración de los aspectos de su vida cotidiana. El objetivo de la información no es convencer al paciente de la propuesta que se le hace, sino que este pueda tener más argumentos para tomar decisiones relacionadas con su salud.

La aplicación y el conocimiento de los enfoques éticos y bioéticos son indispensables para modificar ideas, hábitos y conductas éticas relacionadas con el ejercicio profesional, lo que permite, a su vez, elevar el nivel de la calidad en la atención de los pacientes. La calidad en la atención de enfermería es una manifestación de la equidad, la eficiencia y la eficacia de las acciones, así como de la satisfacción del paciente. Ninguno de estos principios tiene un comportamiento independiente.²⁴

NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Consentimiento Informado

Donna Hicks, creadora del modelo de la dignidad, identificó diez elementos centrales para afirmar que una persona es tratada con dignidad. Para el caso del consentimiento informado destacan los tres siguientes:

1. Aceptación de identidad. Implica relacionarse con las personas como iguales, ni superiores ni inferiores. Interactuar sin prejuicios y aceptar las diferencias debidas a la religión, la etnicidad, el género, la clase, la orientación sexual, la edad y la discapacidad, entre otras.
2. Reconocimiento. Prestarles atención a las personas, escucharlas y responder a sus preocupaciones, sentimientos y experiencias sin que necesariamente se comparta lo que el otro dice.
3. Justicia. Tratar a las personas en forma equitativa y conforme a las leyes y normas acordadas.

Entonces, la dignidad requiere autonomía, inclusión, respeto y autorespeto, reconocimiento, justicia y solidaridad. La idea de dignidad se sustenta en el estatus igual de cada individuo independientemente de su raza, género, religión, talentos o habilidades, por lo mismo, es opuesta a la idea de superioridad o inferioridad de ciertos grupos humanos en relación con otros, así como de la idea de que es posible sacrificar la vida o las condiciones de vida de unos para lograr el bienestar de otros.

Por su parte, la noción de autonomía está vinculada al concepto de autodeterminación y se entiende como la capacidad de regirse por una ley propia y de tomar decisiones por uno mismo, sin influencia de los demás; la capacidad de ser responsable de nuestro propio comportamiento y de conducir la propia vida, de acuerdo con la propia conciencia. Es decir, una acción será sustancialmente autónoma cuando sea realizada por un sujeto que actúa intencionalmente, con comprensión y libre de control o influencias.

Al respecto Kant establece que la idea de libertad se halla inseparablemente unida al concepto de autonomía y con este el principio universal de la moralidad, que se convierte además en “el fundamento de la dignidad de la naturaleza humana y de toda naturaleza racional”.

En el ejercicio de la medicina, la autonomía se materializa en la capacidad del paciente de ser un agente activo en el momento de elegir y la manera en que constitutivamente puede hacerlo es a partir de la práctica del consentimiento informado. La obligación profesional de obtener el

²⁴ Vargas, M y Cortes, G. Una reflexión sobre valores y principios bioéticos en la práctica de Enfermería. [Revista mexicana de Enfermería Cardiológica] [en línea] agosto 2010 [citado el 2.12.17]: [3pp]: Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2010/en101_2i.pdf

consentimiento informado se fundamenta en dos principios. Por un lado, en la obligación de procurar el mayor bien posible a los pacientes y ayudarles a realizar en lo posible su propio proyecto de vida y por el otro, en la obligación de respetar las decisiones autónomas de los pacientes, lo cual puede entenderse como un nuevo contenido del principio de no maleficencia, mínimo ético por debajo del cual nadie puede situarse. De lo anterior podemos concluir que el consentimiento informado es un modelo de relación clínica fruto del resultado de la idea de autonomía psicológica y moral de las personas.

El consentimiento informado representa un principio de comunicación y clarificación que cumple diversas funciones importantes en el contexto de la relación clínica entre los enfermos o usuarios y los profesionales de la salud e instituciones, tales como:

1. La promoción de la autonomía, individual y como valor social general
2. La protección de los pacientes
3. Evitar el fraude y la coacción
4. Fomentar el autocuidado por los profesionales de la salud
5. Promover las decisiones racionales.

Desde otra perspectiva el consentimiento informado representa el principal instrumento jurídico y ético para hacer efectiva la protección del derecho a la salud. Pero más que un formato o contrato, el consentimiento informado es un proceso clínico de comunicación continua, en el que el médico y el paciente, enfermo o usuario, tienen la disposición recíproca para hacer ejecutable el derecho de una persona a decidir aceptar o no un procedimiento médico.²⁵

NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud

La enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud, su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida, ha demostrado la importancia del papel que desempeña. La formación académica del personal de enfermería, evoluciona a la par del avance tecnológico de los servicios de salud del país y al orden internacional, con el objetivo de ofrecer servicios de salud de calidad, acorde a los diferentes roles que ejerce en su contribución a la solución de los problemas que afectan a la población.

Por esta razón, es de suma importancia situar de forma clara y organizada, el nivel de responsabilidad que el personal de enfermería tiene en el esquema estructural de los establecimientos para la atención médica en los sectores público, social y privado, así como los que prestan sus servicios en forma independiente. Ya que en la medida en que cada integrante cumpla su labor, acorde a su formación académica, la calidad en los servicios de salud se verá favorecida y el usuario obtendrá mayores beneficios.

La expedición de esta norma tiene como finalidad precisar atributos y responsabilidades que deberá cumplir el personal de enfermería, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

²⁵ Secretaría de Salud. Consentimiento válidamente informado. [CONAMED] [en línea] 2016 [citado el 2.12.17]: [3pp]: Disponible en: http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/files/pdf/cvi/libro_cvi2aEd.pdf

Norma Oficial Mexicana NOM 004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

Los criterios establecidos en esta norma, inciden en la calidad de los registros médicos, así como de los servicios y de sus resultados, toda vez que se requiere de la participación comprometida de médicos, enfermeras y demás personal del área de la salud, para brindar una atención más oportuna, responsable, eficiente y amable.

El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

En el marco del ejercicio de los derechos del paciente, esta norma ratifica la importancia de que la autoridad sanitaria, garantice la libre manifestación de la voluntad del paciente de ser o no atendido a través de procedimientos clínicos o quirúrgicos, para lo cual, el personal de salud debe recabar su consentimiento, previa información y explicación de los riesgos posibles y beneficios esperados.

Un aspecto fundamental en esta norma, es el reconocimiento de la titularidad del paciente sobre los datos que proporciona al personal del área de la salud. En ese sentido, se han considerado aquellos datos que se refieren a su identidad personal y los que proporciona en relación con su padecimiento; a todos ellos, se les considera información confidencial. Lo anterior ratifica y consolida el principio ético del secreto profesional.

De igual manera, se reconoce la intervención del personal del área de la salud en las acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se registran y se incorporan en el expediente clínico a través de la formulación de notas médicas y otras de carácter diverso con motivo de la atención médica. En ellas, se expresa el estado de salud del paciente, por lo que también se brinda la protección de los datos personales y se les otorga el carácter de confidencialidad.

Con la expectativa de que su contenido se convierta en una firme aportación a los esfuerzos y procesos de integración funcional y desarrollo del Sistema Nacional de Salud, esta norma impulsa el uso más avanzado y sistematizado del expediente clínico convencional en el ámbito de la atención médica y orienta el desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico principalmente.²⁶

Código de Ética.

Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros en México.

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.

²⁶ Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM 004-SSA3-2012, Del expediente clínico. [en línea] 2012 [citado el 2.12.17]: Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.²⁷

Carta de los Derechos Generales de las Enfermeras y Enfermeros.

1. **Ejercer la Enfermería con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de interprofesionales.** Tienen derecho a que se les otorguen las facilidades para ejercer la gestión y ejecución del cuidado de enfermería en intervenciones independientes y dependientes al usuario, familia y comunidad, basado en su juicio profesional y sustentado en el Método de Enfermería, dentro de un marco ético, legal, científico y humanista.
2. **Desempeñar sus intervenciones en un entorno que garantice la seguridad e integridad personal y profesional.** Tienen derecho a trabajar en instalaciones seguras y apropiadas, que les permitan desarrollar sus actividades en las mejores condiciones de protección para su salud e integridad personal. Cuando las características de sus actividades impliquen riesgos para su salud, tienen derecho a que se les dote de los insumos indispensables para minimizar el riesgo laboral.
3. **Contar con los recursos necesarios que les permitan el óptimo desempeño de sus funciones.** Tienen derecho a recibir del establecimiento donde presten sus servicios, el material, equipo y personal requeridos para el desarrollo de su trabajo, conforme a la normativa y las necesidades del área o servicio en el cual desempeñan su actividad profesional.
4. **Abstenerse de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral.** En términos de la obligación de dar información en el ámbito de su responsabilidad en el cuidado de la persona, tienen derecho a no revelar la información que sobrepase su competencia profesional y laboral.
5. **Recibir trato digno por parte de pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico.** En todos los ámbitos de su ejercicio, tienen derecho a recibir trato digno por parte del paciente y sus

²⁷ Colegio de Licenciados en Enfermería, A.C. Código de ética para Enfermeras. [en línea] 2000 [citado el 2.12.17]: [17pp]: Disponible en: http://codamedy.ssy.gob.mx/wp-content/uploads/codigo_enfermeras1.pdf

familiares, así como de los profesionales y personal relacionados con su práctica profesional, independientemente del nivel jerárquico.

6. **Tener acceso a diferentes alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades que los demás profesionales de la salud.** Tienen derecho a acceder, sin discriminación alguna, a un sistema de educación, actualización, capacitación y desarrollo profesional de acuerdo a la normativa de la institución donde laboran.
7. **Tener acceso a las actividades de gestión, docencia e investigación de acuerdo a sus competencias, en igualdad de oportunidades interprofesionales.** Tienen derecho a ser considerados para participar en actividades de gestión, investigación y docencia como parte de su desarrollo profesional.
8. **Asociarse libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales.** Tienen derecho a integrarse en organizaciones, asociaciones y colegios que les representen para impulsar el desarrollo profesional, la superación de sus agremiados y para la vigilancia del ejercicio profesional, conforme a la legislación vigente. Así mismo, la elección del organismo colegiado será libre y sin presiones.
9. **Acceder a posiciones de toma de decisión de acuerdo a sus competencias, en igualdad de condiciones que otros profesionistas, sin discriminación alguna.** Tienen derecho, como cualquier profesionista, sin discriminación alguna de acuerdo a sus capacidades, a ocupar cargos directivos y de representación para tomar decisiones estratégicas y operativas en las organizaciones de su interés profesional.
10. **Percibir remuneración por los servicios profesionales prestados.** Tienen derecho, de acuerdo a su situación laboral o contractual, a percibir una remuneración por los servicios profesionales que presten.²⁸

²⁸ Ruiz, R. La carta de los derechos generales de las enfermeras y los enfermeros. [Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica] [en línea] 2006 [citado el 2.12.17]: [3pp]: Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2006/en061g.pdf>

Derechos Generales de los Pacientes.



Cuadro 5. Elaborado por Isabel Estrada a partir de La carta de los derechos de los pacientes.

6.- PRESENTACIÓN DEL CASO.

6.1 Descripción del caso.

C.G.O.A de 22 años de edad, género masculino, con diagnóstico de Síndrome de Guillain Barré variedad AMAN, valorado en el servicio de Consulta Externa de Rehabilitación de Neurológica, en el Instituto Nacional de Rehabilitación. Inicia su padecimiento el día 27 de Julio de 2017 con parestesias en 4to y 5to dedo de mano derecha remitiendo parcialmente, al siguiente día se agregó debilidad importante en miembros torácicos y miembros pélvicos lo cual entorpece la marcha, impidiendo realizar sus actividades de manera habitual, por lo que acude a medico particular donde se diagnostica túnel de carpo siendo manejado con multivitamínicos, con aumento de la debilidad de miembros pélvicos lo cual limito completamente la marcha el mismo día (48 horas posterior al inicio), por lo que acude al mismo hospital donde es atendido por otro médico general quien refiere que el padecimiento era secundario a estrés, anexando antidepresivo al tratamiento, día siguiente continua con paresia de las 4 extremidades, por lo que acude al día siguiente al médico neurólogo, quien refiere al Hospital Siglo XXI, donde se refiere a Hospital General por trámites administrativos ingresando el domingo 30 de Julio de 2017 por urgencias con diagnóstico de Síndrome de Guillain Barre siendo manejado con plasmaféresis, requiriendo 5 en total.

Permanece hospitalizado por 12 días, sin complicaciones, sin compromiso ventilatorio, recibe terapia física en dos ocasiones durante su estancia (enseñanza de movilizaciones pasivas). Egresa el 10 de agosto de 2017 a domicilio, donde realiza únicamente movilizaciones sin tratamiento farmacológico.

Actualmente la persona se encuentra en actitud de sedestación forzada; buen aseo, piel y tegumentos con coloración e hidratación, mirada primaria central, lenguaje fluente, coherente, comprensión adecuada, sin dificultad en la articulación de fonemas, repite, nómina y responde preguntas sencillas; orientado en espacio, persona y tiempo; no realiza marcha, con postura en descenso de hombro y escapula derechos. Cráneo sin hundimientos, cuello simétrico no dolor a la palpación, arcos de movilidad de columna cervical completos con tono conservado. Tórax con deficiencia en el control del tronco. Abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, genitales con presencia de pañal, sin úlceras en región sacra, sin embargo, se observan zonas de presión que al movilizarse desaparecen, extremidades superiores e inferiores con disminución en los arcos de movilidad, con uso de cabestrillo para traslados y transferencias, con uso de órtesis tobillo-pie bilateral, excepto para terapias y sueño.

Se movilizada a través de silla de ruedas la cual es manipulada por familiar. Realiza transferencias con ayuda de un familiar y/o cuidador primario.

Acude a programa de terapia en el servicio de Plasticidad Cerebral con una sesión de 10 terapias con días intercalados. Realiza programa de terapia física en casa con ayuda de un familiar. Regresa al programa institucional de terapia física y ocupacional.

Refiere ver resultados con las terapias, se encuentra animado, con buen manejo de tratamiento farmacológico: Núcleo CMP Forte 3mg /1 cap. cada 24 horas.

Vive con su madre de 52 años, abuelos de 82 y 85 años y tía de 45 años. El Cuidador primario es su madre misma que da el aporte económico en casa.

Antecedentes generales de la persona.

C.G.O.A, masculino de 22 años de edad con el diagnóstico de secuelas de Síndrome de Guillain Barré (27.07.17).

Antecedentes heredofamiliares.

- ✓ Abuela materna de 67 años de edad, padece diabetes mellitus tipo II e hipertensión.
- ✓ Abuela paterna de 68 años de edad, padece artritis reumatoide.
- ✓ Abuelo paterno finado por infarto agudo al miocardio.
- ✓ Madre padece hipertensión arterial sistémica
- ✓ Resto interrogados y negados

Antecedentes personales no patológicos

Originario y residente de la ciudad de México, Delegación Iztapalapa, religión católica, soltero, lateralidad derecha, escolaridad: octavo semestre de ingeniería en sistemas computacionales, ocupación: estudiante, actividades recreativas: consolas de videojuegos, salir con amigos y novia, actualmente suspendido por padecimiento actual. Actividades físicas: ninguna previa y actual. Habita en casa de abuelos de dos plantas, cuanta con todos los servicios de urbanidad, cohabita con 4 personas (abuelos, tía y madre), conviven con 6 perros. Barreras arquitectónicas: presenta desniveles para ingresar a cuarto, dos escaleras de aproximadamente 18 y 25 escalones respectivamente, con barandal unilateral, descanso en cada escalera. Hábitos higiénicos: actualmente baño diario, hace uso de pañal por fuerza muscular ausente para realizar actividades independientes.

Hábitos dietéticos: regular en cantidad y calidad, tres comidas al día, sin colaciones. Depende económica de la madre (comerciante de pan), con ingreso aproximadamente de \$3,000.00 mensuales (variable), acude al Instituto Nacional de Rehabilitación en transporte privado (prestado), con un gasto de \$600.00 y con un tiempo de dos horas por viaje redondo.

Antecedentes personales patológicos:

- ✓ Luxación de hombro izquierdo jugando futbol a los 13 años.
- ✓ Tabaquismo inicio a los 19 años de edad, a razón de 2 cigarrillos al día, suspendido actualmente desde los 21 años.
- ✓ Alcoholismo inicia habito a los 18 años de edad, de forma ocasional, sin llegar a la embriaguez, realizado únicamente en reuniones sociales.
- ✓ Inicio hábito de consumo de marihuana a los 19 años de edad, a razón de una pipa por semana, suspendido desde los 21 años.
- ✓ Resto interrogados y negados.

Factores de condicionamiento básico.

Para lograr acceder su domicilio la banqueta es baja y se puede acceder con facilidad, la puerta principal es amplia para el acceso de la silla de ruedas, no hay escalones, la vivienda cuenta con 2 pisos, en la planta baja se acondiciono a lado de la sala una habitación para el paciente, la cual la entrada es amplia para la entrada de la silla de ruedas, la habitación es pequeña y la cama con la que se encuentra en baja para prevención de caídas.

Refiere sentirse en ocasiones sin ganas de salir de casa, sin embargo, la actitud para realizar terapias en casa es muy buena. Acude a sesiones de terapia física y ocupacional en el Instituto Nacional de Rehabilitación, realizando ejercicios de terapia física y ocupacional diario, descansando domingo. No cuenta con servicio de salud IMSS /ISSSTE

7.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

7.1 Valoración.

7.2 Valoración focalizada

(Del 11 al 25 de noviembre del 2017.)

Nombre: C.G.O.A

Edad: 22 años

Género: Masculino

Domicilio: Col. Vicente Guerrero. Del. Iztapalapa. Ciudad de México

Diagnóstico. Médico: Síndrome de Guillan Barre variedad AMAN

Signos vitales: TA 110/70 FC 80x' FR 20 x' SPO2 98% T: 36°C

Somatometría: Peso: 69 kg **Talla:** 1.70 m (**Anexo-17**)

Cintura: 99 cm **Cadera:** 95 cm

IMC (kg/m²): $(69 / (1.70)^2) = 24.51 = \text{Normal}$

Porcentaje estimado de grasa corporal: 17.7

EXPLORACIÓN FÍSICA.

Masculino de edad aparente similar a la cronológica, sin facie característica, normocefalo, actitud de sedestación forzado, buen aseo y aliño, piel y tegumentos con buena coloración e hidratación, lenguaje coherente, sin dificultad en la articulación, orientado en espacio, persona y tiempo.

Marcha: No realiza

Postura: En sedestación con descenso de hombro y escapula derechos, curvatura dorsal.

Cabeza: Cráneo normocefalo, sin hundimientos, pelo bien implantado con buena cantidad y textura.

Cavidad Oral: Con buena coloración, integridad de la piel adecuada, hidratación adecuada. Encías y dentadura: Presencia de gingivitis por acumulación de sarro y placa bacteriana.

Nervios craneales:

Nervios I: Conservado
Nervios II: Agudeza visual adecuada (con uso de lentes por astigmatismo).
Nervios III, IV y V: Pupilas centrales isocóricas, normorreflécticas, reflejo fotomotor, movimientos oculares adecuadamente coordinados.
Nervios VI: Simetría sensitiva en ramas oftálmica, maxilar, mandibular, fuerza de músculos maseteros 3/3.
Nervios VII: Fuerza muscular de cara 3/3. Sensibilidad global sin alteraciones, gusto de lengua conservado.
Nervios VIII: Audición clínica normal.
Nervios IX y X: Reflejo palatino presente, úvula central, reflejo nauseoso conservado.
Nervios XI: trapecio 3/3, esternocleidomastoideo 3/3.
Nervios XII: Movimientos de lengua simétricos con fuerza adecuada.

Cuadro 6. Elaborado por Isabel Estrada a partir de la valoración.

Cuello: Cilíndrico, simétrico, tráquea central, no dolor a la palpación, arcos de movilidad de columna cervical completos, tono conservado.

Tórax: Deficiente control de tronco.

Abdomen: Blando, depresible no doloroso, peristalsis normoactiva.

Genitales: Con presencia de pañal, sin lesiones por presión en región sacra.

Extremidades Inferiores: Integra, simétricas, hipotrofia de predominio distal, arcos de movilidad pasivos.

Extremidades Superiores: cadera flexión 116°/120°, resto completos, rodilla y tobillos completos a excepción de Dorsiflexión 0°/0° y eversión 16°/16°. Tono de cadera rodilla y tobillo disminuidos bilateral, sensibilidad por territorios conservada, fuerza global 1/1 excepto flexor de orjejos, extensor de orjejos 2/2. No se evocan reflejos patológicos.

Escalas de Valoración Funcional:

Escala	Puntaje	Riesgo
Escala de Braden	13 puntos	Riesgo Moderado para Úlceras por presión.
Escala de Dowton	De 3 a 4 puntos	Riesgo medio de caídas=Amarrillo

Escala	Puntaje
Escala de Discapacidad de Síndrome de Guillain Barré 0-5	3 - Confinado a cama o silla
Escala de Barthel	Alimentación 5, Baño 0, Vestirse y desvestirse 0, Arreglarse 0, Control de heces: 5, Control de orina 5, uso de retrete, traslado entre la silla y cama, desplazarse y subir y bajar escaleras 0. Total: 15 puntos. Dependencia: Totalmente dependiente
Escala de Lawton y Brody	Capacidad de utilizar el teléfono 1, Resto 0. Total: 1/8 puntos Dependencia: Totalmente dependiente
Escala de Daniel's	Cuello 4/5, Hombro 2/5, Codo 2/5, Muñeca 2/5, Cadera 1/5, Rodilla 1/5, Pie 1/5
Escala de Tinetti	Para marcha: 0/12 y equilibrio: 0/16 puntos
Escala Visual Análoga (EVA)	0/10
Apego terapéutico	Buen apego terapéutico
Escala de Bristol:	Tipo 2=Con forma de salchicha, pero grumosa.
Escala de Armstrong:	3- Buena hidratación

Cuadro 7. Elaborado por Isabel Estrada a partir de la valoración.

Examen Manual Muscular					
MÚSCULO	FUERZA MUSCULAR	MPD	MPI	TIPO DE MÚSCULO	COMENTARIO
CUELLO					
Esternocleidomastoideo		3/5	3/5	Flexor y rotador	
Esplenio, Espinal y Trapecio		3/5	3/5	Extensores	
Escalenos		3/5	3/5	Inclinadores laterales	
HOMBRO					
Deltoides (porción anterior) y coracobraquial		2/5	2/5	Flexores	
Dorsal Ancho, redondo menor y deltoides (porción posterior)		2/5	2/5	Extensores	
Deltoides porción medial y supraespinoso		2/5	2/5	Abductores	
Pectoral Mayor y Dorsal Ancho		2/5	2/5	Aductores	
Infrespinoso y redondo menor		2/5	2/5	Rotadores externos	
Subescapular, pectoral mayor, dorsal ancho y redondo mayor		2/5	2/5	Rotadores internos	
Trapecio y elevador del omóplato		2/5	2/5	Elevadores de la escápula	
Romboides mayor y menor Trapecio		2/5	2/5	Retractores de la escápula	
Serrato Mayor		2/5	2/5	Protactor de la escápula	
CODO					
Braquial anterior y bíceps		2/5	2/5	Flexores	
Tríceps y ancóneo		2/5	2/5	Extensores	
Supinador corto, bíceps y supinador largo		2/5	2/5	Suponadores	
Pronador redondo y cuadrado Palmar mayor		2/5	2/5	Pronadores	
MUÑECA					
Primer y segundo radial externo Cubital posterior		2/5	2/5	Extensores	
Palmar mayor y cubital anterior		2/5	2/5	Flexores	
DEDOS					
Extensor común de los dedos		2/5	2/5	Extensor	
Extensor propio del índice		2/5	2/5		
Extensor propio del meñique		2/5	2/5		
Flexor común profundo de los dedos		2/5	2/5		
Flexor común superficial de los dedos		2/5	2/5		
Lumbricales mediales y laterales		2/5	2/5	Flexores	

Interóseos dorsales		2/5	2/5	Abductor	
Abductor del meñique		2/5	2/5		
Interóseo palmar		2/5	2/5	Abductor	
Extensor corto del pulgar		2/5	2/5		
Extensor largo del pulgar		2/5	2/5		
Flexor corto del pulgar		2/5	2/5		
Flexor largo del pulgar		2/5	2/5		
Abductor largo del pulgar		2/5	2/5		
Abductor corto del pulgar		2/5	2/5		
Aductor del pulgar		2/5	2/5		
Oponente del pulgar		2/5	2/5		
Oponente del meñique		2/5	2/5		
CADERA					
Psoas iliaco y recto anterior del muslo		1/5	1/5	Flexor	
Glúteo mayor		1/5	1/5	Extensor	
Glúteo medio y menor		1/5	1/5	Abductor	
Primer, segundo y tercer abductor Pectíneo y recto interno		1/5	1/5	Aductores	
Piramidal, cuadrado crural, Obturador interno y externo. Gémino superior e inferior		1/5	1/5	Rotadores externos	
Tensor de la fascia lata, glúteo menor y mediano		1/5	1/5	Rotadores internos	
RODILLA					
Cuádriceps		1/5	1/5	Extensor	
Semitendinoso y semimembranoso		1/5	1/5	Flexores	
Bíceps femoral		1/5	1/5	Flexor	
PIE		1/5	1/5		
Sóleo		1/5	1/5	Flexor	
Gemelos y plantar		1/5	1/5	Flexor plantar	
Peroneos largo y corto		1/5	1/5	Eversor	
Tibial posterior		1/5	1/5	Inversor	
Tibial anterior		1/5	1/5	Flexor inversor e	
Extensor largo del dedo gordo		1/5	1/5		
Extensor corto del dedo gordo		1/5	1/5		
Flexor largo del dedo gordo		1/5	1/5		
Flexor corto del dedo gordo		1/5	1/5		
Abductor del dedo gordo		1/5	1/5		
Flexor largo de los dedos		1/5	1/5		
Flexor corto de los dedos		1/5	1/5		
Lumbricales		1/5	1/5	Flexor	
Interóseos plantares		1/5	1/5	Aductor	
Interóseos dorsales		1/5	1/5	Abductor	
Extensor largo y corto de los dedos, pedio y peroneo anterior		1/5	1/5	Extensor	

Cuadro 8. Elaborado por Isabel Estrada a partir de la valoración de fuerza muscular.

ARCOS DE MOVIMIENTO:			
HOMBROS	DERECHO	IZQUIERDO	LIMITES NL.
Abducción	180°	180°	0-170/180°
Aducción	15°	8°	0-40/45°
Flexión	180°	180°	0-180°
Extensión	0°	0°	0-45/60°
Rotación interna	90°	90°	0-70/90°
Rotación Externa	90°	90°	0-90°
Circunducción	0°	0°	360°
CODOS			
Flexión	140°	150°	0-145/150°
Extensión	2°	2°	0°
Pronación	90°	90°	90°
Supinación	70°	50°	90°
MUÑECA			
Flexión	60°	65°	0-80/90°
Extensión	0°	5°	0-70°
Desviación radial	20°	25°	0-20°
Desviación cubital	30°	25°	0-35/50°
Circunducción	0°	0°	360°
MANO			
Flexión. M.F.	20°	10°	90°+
Extensión. M.F.	5°	3°	0-10°
Flexión. F.	20°	20°	90°+
Extensión. F.	0°	0°	0-5°
Abducción falanges	5°	5°	20°
Aducción falanges	0°	0°	0°
DEDO PULGAR			
Abducción	5°	5°	30°
Aducción	5°	5°	20°
Flexión	20°	20°	50/60°
Extensión	0°	0°	0-10°
Circunducción	0°	0°	360°
CADERA			
Flexión	18°	10°	0-90/125°
Extensión	10°	0°	0-10/15°
Abducción	-	-	0-45°/50°
Aducción	-	-	0-20/30°
Rotación interna	38°	45°	0-35/40°
Rotación externa	20°	15°	0-60°

Circunducción	-	-	360°
RODILLA			
Flexión	110°	130°	0-130°
Extensión	0°	0°	0°
TOBILLOS	0°	0°	
Flexión dorsal	40°	30°	0-20/25°
Flexión plantar	40°	30°	0-45°
Inversión	18°	10°	0-30°
Eversión	4°	2°	0-20°
Abducción	0°	0°	10°
Aducción	0°	0°	20°
Circunducción	0°	0°	360°

Cuadro 9. Elaborado por Isabel Estrada a partir de la valoración de arcos de movilidad.



Fotos tomadas por familiar, se tiene consentimiento informado para mostrar identidad de la persona. (ANEXO 39 Y 40).

Requisitos de Autocuidado Universales.

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

La persona refiere fumar 2 cigarrillos al día con inicio a los 17 años, Inicio hábito de consumo de marihuana a los 19 años de edad, a razón de una pipa por semana, suspendido desde los 21 años. No se enferma con frecuencia de vías respiratorias, con esquema de vacunación al corriente. Con grado 0 en Escala de Disnea de Saoul.

Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

Consume alrededor de 1 litro de agua, 200 ml de leche, no consumo de refrescos, jugos 500 ml, no bebidas alcohólicas, café o leche 200 ml, dividido entre tres comidas. Consumé agua purificada de garrafón, tiene dificultad para tomar el vaso, utiliza aditamento especial para la ingesta de líquidos. **(Anexo-2)**

Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.

Realiza tres comidas a día, con horarios de desayuno a las 10 hrs, comida 15 hrs y cena 21 hrs, no realiza ninguna colación. Consume una dieta normal sin restricciones de algún alimento. No consume tubérculos y leguminosas. Consume en poca cantidad frutas y verduras. Existe dificultada para preparar los alimentos, su mamá se los prepara, consume todos los alimentos en casa. A la aplicación del Test del Estado Nutricional (Mini Nutritional Assessment MNA*) obtuvo una puntuación de 26.5 clasificado como normal. **(Anexo- 3)**. Queda satisfecho después de comer, trata de comer lo más saludable, refiere no comer alimentos que no sean preparados en casa. Con IMC de 23.88 clasificándose en un intervalo normal **(Anexo-4)**. A la obtención del ICC con un valor de 99 cm con valores de zona de alerta **(Anexo-5)**.

Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.

Evacua 2 veces al día, sin molestias al evacuar, con características de las heces Tipo 2 en la Escala de Bristol **(Anexo-6)** con forma de salchicha, pero grumosa. Orina 3-4 veces al día, sin molestias para orinar, con características de la orina amarilla, clara, sin olor con cantidad aproximada de 400 ml con valoración de Escala de Armstrong bien hidratado **(Anexo-7)**. Sin incontinencia urinaria catalogada según el Cuestionario para calidad de vida en pacientes con Incontinencia Urinaria ICIQ-SF **(Anexo-8)**. Realiza baño 1 vez al día, no realiza con frecuencia lubricación de la piel, cambio de ropa diario, realiza lavado de manos antes de las comidas. Cepilla los dientes 2-3 veces al día. Se encuentra con placa bacteriana cubriendo más de 1/3 con o sin manchas extrínsecas con Grado 2 y calculo supragingival que cubre más de 1/3 de la superficie dental expuesta y presencia de gingivitis según el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) **(Anexo-9)**.

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Presenta limitación física que le impide llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, a la valoración del Índice de Barthel **(Anexo-10)** con puntuación de 15 puntos, en la escala de Lawton y Brody **(Anexo-11)** con una puntuación de 1, con uso de órtesis tobillo-pie bilateral, duerme 6 horas regularmente, no presenta problemas de insomnio. Se inclina o desliza en la silla con puntuación de 0/16 en la Escala de Tinetti para equilibrio, sin marcha 0/16 en la Escala de Tinetti para marcha **(Anexo-12)**. Disminución de la fuerza muscular en extremidades superiores e inferiores y tronco, hipotrofia global de predominio distal, dificultad para control de tronco, dificultad para realizar la sedestación y rigidez a la Dorsiflexión con una valoración a la Escala de Aswforth de 3 – marcado incremento en la resistencia del musculo. El movimiento pasivo es difícil **(Anexo-13)** Sin dolor con o

sin actividad con Escala Visual Análoga (EVA) (**Anexo- 14**), solo refiere cansancio al realizar terapias.

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

Le cuesta salir nuevamente fuera de casa por su problema de salud. Hay red de apoyo en la familia, tiene apoyo de padres para su recuperación (la madre es el cuidador primario, el padre ayuda económicamente y en el traslado de la persona a sus consultas médicas), cabe mencionar que los padres son separados. Refiere haber presentado angustia y estados de tristeza por su problema de salud. Va periódicamente a terapias psicológicas en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Luis Guillermo Ibarra Ibarra".

Prevención de peligros de la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Utiliza anteojos por astigmatismo, sin problemas de audición, percibe olores adecuadamente, sin alteraciones del tacto, no ha presentado caídas sin embargo por su estado de salud se valora la Escala de Downton para riesgo de caídas con riesgo medio de 3-4 puntos=amarillo (**Anexo-15**). Con riesgo moderado de 13-14 puntos en Escala de Braden (**Anexo-16**). Refiere no realizar controles de salud al año y no tener medidas preventivas.

Promociones del funcionamiento y desarrollo humano de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y deseo de ser normal.

La persona se acepta tal y como es, refiere que la religión no influye en su manera de ser, actualmente recibe tratamiento psicológico en el INR.

A la valoración de Test Mini mental de Folstein de deterioro cognoscitivo el paciente obtuvo una puntuación de 26/29 catalogada sin deterioro, sin pérdida de dichas funciones (**Anexo-17**).

Requisitos de autocuidado del desarrollo.

Adulto joven sin fuerza muscular global, disminución de la fuerza muscular en extremidades superiores e inferiores y tronco, hipotrofia global de predominio distal, dificultad para control de tronco, dificultad para realizar la sedestación y rigidez a la Dorsiflexión, a la exploración del examen manual muscular se obtiene los valores de la Escala de Daniels de la fuerza muscular en cuello 4/5, hombro 2/5, codo 2/5, muñeca 2/5, cadera 1/5, rodilla 1/5, pie 1/5, (**Anexo-18**)

Requisitos de Desviación de la Salud.

Desviación actual, percepción de la desviación actual: Sabe que la enfermedad que sufrió Síndrome de Guillain Barré fue ocasionado por un problema de infección gastrointestinal previo no tratado. Realiza terapias en casa.

Mecanismos utilizados para afrontar su enfermedad, Desviación en los estilos de vida:

Toma sus medicamentos acordes a su indicación médica, con buen apego terapéutico (**Anexo-19**) Realiza terapia física y ocupacional en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Luis Guillermo Ibarra Ibarra" y en casa. Considera que los beneficios que obtendrá será el volver a tener el movimiento como antes, que puede prevenir recaídas acudiendo a su médico general y previniendo enfermedades infecciosas.

7.2.1 Análisis de Estudio y gabinete.

Estudios previos se encuentra en base de datos de Hospital General de México, por ello no se tiene accesos a ellos.

7.3 Jerarquización de Problemas.

Requisito de autocuidado universal	Problema	Valorado por:
Mantenimiento del equilibrio de la actividad y el reposo.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disminución de la fuerza muscular. ✓ Hipotrofia global de predominio distal. ✓ Dificultad para deambular (No realiza marcha). ✓ Dificultad para control de tronco. ✓ Dificultad para realizar la sedestación. ✓ Con uso de Órtesis tobillo – pie. ✓ Rigidez para la dorsiflexión. ✓ Disminución de la fuerza muscular en extremidades superiores e inferiores. 	Escala de Daniel's: en cuello 4/5, hombro 2/5, codo 2/5, muñeca 2/5, cadera 1/5, rodilla 1/5, pie 1/5 Miembros Superiores: Grado 2/5 Miembros inferiores: Grado 1/5 Tronco: Grado 2/5 Escala de Barthel: 15 Escala de Lawton: 1 Escala de Tinetti: 0/16 Escala de Ashworth: 3
Provisión de Cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Requiere se coloque pañal para evacuar (no utiliza cómodo). 	Escala de Bristol: Tipo 2 Escala de Barthel: 15 puntos
Prevención de peligros de la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No realiza lubricación de la piel. ✓ Se observa placa bacteriana y sarro. ✓ Presencia de dermatitis en ingle derecha. ✓ No realiza controles de salud. ✓ Refiere no conocer medidas de prevención de enfermedades. ✓ Utiliza lentes (astigmatismo). 	Escala de Dowton: 3-4 puntos= Riesgo medio Escala de Braden: 13-14 puntos- Riesgo moderado. Índice de Higiene oral Simplificado (IHOS): Sistema de registro de placa bacteriana grado 2. Sistema de registro de cálculo grado 1

Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consume en poca cantidad frutas y verduras. ✓ Dificultad para comer (utiliza aditamento especial para consumir alimentos). 	Evaluación de Estado Nutricional (Mini Nutritional Assessment MNA): Buena nutrición.
Mantenimiento de equilibrio entre soledad y la interacción social.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Con buena comunicación y relación familiar. ✓ No sale fuera de casa por su problema de salud. 	Escala de depresión Yessavage: Normal
Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recibió tratamiento psicológico durante la estancia hospitalaria. ✓ Refiere sentirse seguro con su tratamiento médico en el área de rehabilitación neurológica y ver avance con las terapias. ✓ Un cambio súbito que ha presentado, es la enfermedad (SGB) que lo hizo ser dependiente de las AVD 	Test Mini Mental de Folstein (SMMT). Deterioro cognoscitivo: 26 puntos= normal.
Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sin alteraciones 	
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sin alteraciones 	

7.4 Diagnósticos de Enfermería.

Mantenimiento del equilibrio de la actividad y el reposo.

1. Déficit de la movilidad R/C parálisis flácida simétrica de las extremidades superiores e inferiores M/P no realiza cambios de posición por sí mismo, debilidad muscular a la Escala de Daniel's con resultado de: cuello 4/5 hombro 2/5, codo 2/5, cadera 1/5 rodilla 1/5, pie 1/5.
2. Dificultad para mantenerse de pie R/C alteración del sistema motor M/P a la Escala de Tinetti: marcha 0/12; equilibrio 0/16.
3. Incapacidad para la movilidad de las manos R/C desmielinización de los nervios periféricos M/P dificultad para la flexión, extensión y pronosupinación dorsopalmar, hipotrofia global de predominio distal y limitación para la habilidad motora fina y gruesa.
4. Incapacidad para la traslación para el uso del baño R/C alteración del movimiento M/P a la Escala de Barthel de 15 puntos.

Prevención de peligros de la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

5. Falta de conocimiento R/C pérdida de la integridad de la piel M/P eritema y rash cutáneo en ingle derecha, Braden 13-14, con riesgo moderado para UPP.
6. Inadecuada limpieza de la cavidad oral R/C con falta de apego terapéutico M/P halitosis, gingivitis y al Índice de Higiene Oral simplificado: Placa bacteriana grado 2, calculo grado 1.
7. Disposición para mejorar la calidad de la propia salud M/P deseos de manejar el régimen terapéutico de la enfermedad.
8. Pérdida del equilibrio R/C alteración de la marcha M/P a la Escala de Tinetti: marcha 0/12; equilibrio 0/16 y Escala de Daniel's con resultado de: hombro 2/5, codo 2/5, cadera 1/5 rodilla 1/5, pie 1/5.

Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.

9. Capacidad para mejorar el autocuidado M/P uso de aditamento de ayuda para consumir los alimentos por sí mismo e incrementar el consumo de frutas y verduras.

Mantenimiento de equilibrio entre soledad y la interacción social.

10. Riesgo de experimentar aislamiento social R/C trastorno de la imagen corporal.

Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.

11. Disposición para mejorar la autoestima M/P mantiene confianza en sus habilidades, expresa satisfacción por sus avances y mantiene el deseo de eliminar sus limitaciones.

Problemas interdependientes.

La persona acude a terapia psicológica de seguimiento.

Especialidad	Institución	Motivo
Psicología	INR	Seguimiento
Odontología	Privado	Seguimiento

Es importante que el estudiante de la especialidad conozca el seguimiento de las diferentes especialidades para prevenir problemas interdependientes.

7.5 Planeación, Ejecución y Evaluación de los Cuidados.

<p>Diagnóstico de Enfermería</p> <p>1. Déficit de la movilidad R/C parálisis flácida simétrica de las extremidades superiores e inferiores M/P no realiza cambios de posición por sí mismo, debilidad muscular a la Escala de Daniel's con resultado de: cuello 4/5 hombro 2/5, codo 2/5, cadera 1/5 rodilla 1/5, pie 1/5.</p>	
<p>Objetivo de la Persona: “Llevar a cabo las intervenciones de la enfermera especialista” (SIC persona)</p>	
<p>Objetivo de Enfermería: Lograr que la persona se apegue a su tratamiento terapéutico y con ello facilitar el movimiento de las extremidades superiores e inferiores.</p>	
<p>Agente</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Agente de autocuidado: Persona ✓ Agente de cuidado dependiente: Estudiante de Posgrado en Enfermería en Rehabilitación ✓ Agencia de autocuidado: Familia 	<p>Sistema</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Parcialmente compensatorio. ✓ Apoyo educativo
<p>Intervención de Enfermería</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Toma de signos vitales previo a los ejercicios. 2) Valorar el dolor mediante escala de EVA. 3) Colocación de compresa caliente durante 15 minutos. (Anexo-20) 4) Calentamiento: Durante 10 minutos previo a iniciar movilizaciones. (Anexo-21) 5) Movilizaciones activo asistidas de las extremidades superiores e inferiores en decúbito dorsal: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Movilización y fortalecimiento de musculo deltoides, músculos del brazo y antebrazo. ✓ Movilización y fortalecimiento de músculos extensores y flexores de la muñeca. ✓ Flexión de la cadera. ✓ Aducción y abducción de la cadera. ✓ Flexión de las rodillas. ✓ Dorsiflexión. ✓ Rotación interna y externa de los tobillos. 	<p>Fundamentación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) En el estado fisiológico del organismo, se determinan diversos parámetros que son: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Temperatura corporal ✓ Pulso arterial (frecuencia cardiaca) ✓ Presión arterial ✓ Frecuencia respiración.²⁹ 2) El dolor clínico es su experiencia subjetiva y resulta que quien mejor lo describe, es quien lo padece. La escala EVA permite que el paciente trate de objetivizar su dolor asignándole un valor numérico.³⁰ 3) Termoterapia Es el empleo de calor como agente terapéutico. Termoterapia superficial (< 1 cm) Calor “húmedo” (CHC).

²⁹ Baily, E, Lloyd, M, Claire, L, Neeson, J. et al. Nuevo Manual de Enfermería, 2da ed. España: Grupo océano;2011.

³⁰ Guevara, U y De Lille, R. Medicina del dolor y paliativa. México: Corporativo intermedica, S.A de C.V. 2002.

<p>6) Diario 2 veces al día, 10 repeticiones por ejercicio, valorando tolerancia y dolor. (Anexo-22) (Anexo-23)</p> <p>7) Enfriamiento. (Anexo-21)</p> <p>8) Estimulación Propioceptiva:</p> <p>✓ La persona se colocará en posición sedente en el borde de la cama, facilitando el equilibrio de sentado y el control de tronco consecuentemente ayuda a mantener una postura funcional y el paso a la estación bípeda, esto con vigilancia estrecha. (Anexo-24).</p>	<p>Efectos fisiológicos Alivio del dolor (analgesia), Incremento del flujo sanguíneo, Aumento del metabolismo local, Incremento de la extensibilidad del colágeno, Alivio del espasmo muscular, Disminución del tono muscular y Disminución de la rigidez articular.³¹</p> <p>4) En el calentamiento se distinguen una fase general y otra específica. La finalidad de la primera fase es movilizar todas las partes del cuerpo para la actividad posterior, consiguiendo soltura y velocidad sin provocar un cansancio excesivo. El calentamiento general, suele comenzar realizando diversos ejercicios para la movilización de todas las partes del cuerpo. Posteriormente seguiremos con la Movilidad Articular y por último realizamos los Estiramientos. En esta última parte del calentamiento general, trabajamos los principales músculos del cuerpo, que suelen ser músculos grandes.³²</p> <p>5) Movilización activa asistida: Cuando un paciente pueda contraer activamente los músculos y mover un segmento con o sin ayuda, y no haya contraindicaciones, se empleará la movilidad activa para:</p> <p>a) Cumplir los mismos objetivos de la movilidad pasiva con los beneficios añadidos producto de la contracción muscular.</p>
--	--

³¹ Arce, C. Termoterapia. [En línea] 2015 [Citado el 20.02.18]:[7pp] Disponible en : <http://www.arcesw.com/termoterapia.pdf>

³² García, A. El calentamiento, Educación Física. [En línea] 2014 [Citado el 20.02.18]:[5pp] Disponible en : http://www.juntadeandalucia.es/averroes/centros-tic/23700244/helvia/sitio/upload/Apuntes_Calentamiento.pdf

	<ul style="list-style-type: none">b) Mantener la elasticidad y contractilidad fisiológicas de los músculos participantes.c) Proporcionar retroalimentación sensorial procedente de los músculos que se contraen.d) Proporcionar un estímulo para la integridad de los huesos y tejidos articulares.e) Aumentar la circulación y prevenir la formación de trombos.f) Desarrollar la coordinación y las destrezas motoras parag) actividades funcionales <p>6) Cuando un paciente presenta una musculatura débil (grado malo a regular en la prueba muscular), se emplea la movilización activo-asistida con el fin de ofrecer ayuda suficiente a los músculos de modo cuidadosamente controlado para que puedan funcionar al máximo nivel y fortalecerse de modo progresivo. Cuando un paciente entra en un programa de preparación física aeróbica, se usa la movilización activa-asistida o activa para mejorar las respuestas cardiovascular y respiratoria si se hace con múltiples repeticiones y se controlan los resultados.³³</p> <p>7) El enfriamiento. Es el conjunto de ejercicios que se realizan con el objetivo de volver al estado de reposo, después de someter al cuerpo a una sesión de actividad física o deportiva. una vez terminado el partido o la actividad física, antes de asearnos conviene realizar un enfriamiento, para volver a los índices normales (frecuencia cardíaca, recuperación muscular, etc)</p>
--	--

³³ Kisner, C y Allen, L. Ejercicio Terapéutico. España: Paidotribo. 2005.

	para ello, se realizará un trote suave de aproximadamente 3' a 5', seguido de estiramientos muy suaves y/ o ejercicios de relajación. ³⁴
--	---

Evaluación

La persona muestra debilidad al realizar movimientos, sin embargo se adapta adecuadamente a los ejercicios comprendiendo las indicaciones y realizando los ejercicios de manera correcta, conforme a la evaluación del estado clínico de la persona se ve de manera notable el incremento de la fuerza muscular, con excepción de la debilidad muscular en miembros inferiores con escala de Daniel's de 1/5.

Diagnóstico de Enfermería

2. Dificultad para mantenerse de pie R/C alteración del sistema motor M/P a la Escala de Tinetti: marcha 0/12; equilibrio 0/16.

Objetivo de la Persona: “Realizar ejercicios recomendados por la enfermera especialista para fortalecer los músculos inferiores y ponerse de pie” (SIC persona)

Objetivo de Enfermería: Lograr que la persona fortalezca extremidades inferiores para poder realizar la bipedestación

<u>Agente</u>	<u>Sistema</u>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Agente de autocuidado: Persona ✓ Agente de cuidado dependiente: Estudiante de Posgrado en Enfermería en Rehabilitación ✓ Agencia de autocuidado: Familia 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Parcialmente compensatorio. ✓ Apoyo educativo

<u>Intervención de Enfermería</u>	<u>Fundamentación</u>
<ol style="list-style-type: none"> 1) Toma de signos vitales previo a los ejercicios. 2) Valorar el dolor mediante escala de EVA. 3) Calentamiento: Durante 10 minutos previo a iniciar movilizaciones. (Anexo-21) 4) Ejercicios de Rehabilitación <ul style="list-style-type: none"> ✓ Movilización y fortalecimiento de músculos aductores y abductores de la cadera. ✓ Movilización de los rotadores internos y externos de la cadera. ✓ Fortalecimiento de cuádriceps 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Para determinar de manera global el estado fisiológico del organismo, se determinan diversos parámetros: <ol style="list-style-type: none"> 4) Temperatura corporal 5) Pulso arterial (frecuencia cardiaca) 6) Presión arterial 7) Frecuencia respiración.³⁵ 2) El dolor clínico es su experiencia subjetiva y resulta que quien mejor lo describe, es quien lo padece.

³⁴ Sobejano, M. [En línea] 2011 [Citado el 20.02.18]:[5pp] Disponible en : <https://msobejano.files.wordpress.com/2010/11/el-calentamiento-y-el-enfriamiento.pdf>

³⁵ Baily.E, Lloyd, M, Claire, L, Neeson, J, et al. Nuevo Manual de Enfermería, 2da ed. España: Grupo océano;2011.

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fortalecimiento de plantiflexores y dorsi-flexores ✓ Movilización de músculos intrínsecos y extrínsecos del tobillo. ✓ Rotación interna y externa de los tobillos. ✓ Fortalecimiento de músculos: flexores y extensores de los ortejos. ✓ Diario 2 veces al día, 10 repeticiones por ejercicio, valorando tolerancia y dolor. (Anexo-23) <p>5) Enfriamiento (Anexo-21)</p> <p>6) Estimulación exteroceptiva táctil: técnicas de estimulación con texturas para mejorar los trastornos sensoriales. (Anexo-24)</p>	<p>La escala EVA permite que el paciente trate de objetivar su dolor asignándole un valor numérico.³⁶</p> <p>3) En el calentamiento se distinguen una fase general y otra específica. La finalidad de la primera fase es movilizar todas las partes del cuerpo para la actividad posterior, consiguiendo soltura y velocidad sin provocar un cansancio excesivo. El calentamiento general, suele comenzar con la parte de Actividad Vegetativa, que consiste en una carrera a una intensidad baja o moderada, en la que se van realizando diversos ejercicios para la movilización de todas las partes del cuerpo. Posteriormente seguiremos con la Movilidad Articular y por último realizamos los Estiramientos. En esta última parte del calentamiento general, trabajamos los principales músculos del cuerpo, que suelen ser músculos grandes.³⁷</p> <p>4) Los ejercicios terapéuticos comprenden la prevención de la disfunción, así como el desarrollo, mejoría, restablecimiento o mantenimiento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La fuerza. ✓ Resistencia física aeróbica y capacidad cardiovascular. ✓ Movilidad y flexibilidad. ✓ Estabilidad. ✓ Relajación. ✓ Coordinación, equilibrio y destrezas funcionales. <p>Es bien sabido que el cuerpo humano y los sistemas individuales corporales reaccionan, se adaptan y desarrollan como respuesta a las fuerzas y tensiones que soportan.</p> <p>La gravedad es una fuerza constante que afecta a los sistemas</p>
---	--

³⁶ Guevara, U y De Lille, R. Medicina del dolor y paliativa. México: Corporativo intermedica, S.A de C.V. 2002.

³⁷ García, A. El calentamiento, Educación Física. [En línea] 2014 [Citado el 20.02.18]:[5pp] Disponible en : http://www.juntadeandalucia.es/averroes/centros-tic/23700244/helvia/sitio/upload/Apuntes_Calentamiento.pdf

	<p>neuromusculares, esqueléticos y circulatorio. musculo</p> <p>5) El enfriamiento. Es el conjunto de ejercicios que se realizan con el objetivo de volver al estado de reposo, después de someter al cuerpo a una sesión de actividad física o deportiva. una vez terminado el partido o la actividad física, antes de asearnos conviene realizar un enfriamiento, para volver a los índices normales (frecuencia cardíaca, recuperación muscular, etc) para ello, se realizará un trote suave de aproximadamente 3' a 5', seguido de estiramientos muy suaves y/ o ejercicios de relajación.³⁸</p> <p>6) La aplicación de la técnica de estimulación con texturas consiste en deslizar dichos materiales sobre la superficie de la piel en un sentido aferente (ascendente) con cada uno de ellos, comenzando con las de mayor aspereza, enfatizando que esta estimulación deberá hacerse tres veces al día, sin llegar al uso indiscriminado de las texturas, por lo que debe proporcionarse un programa al paciente y a sus familiares sobre su utilización y aplicación.</p>
<p>Evaluación Valoración periódica de Escala de Tinetti.</p>	

³⁸ Sobejano, M. [En línea] 2011 [Citado el 20.02.18]:[5pp] Disponible en : <https://msobejano.files.wordpress.com/2010/11/el-calentamiento-y-el-enfriamiento.pdf>

Diagnóstico de Enfermería

3. Incapacidad para la movilidad de las manos R/C desmielinización de los nervios periféricos M/P dificultad para la flexión, extensión y pronosupinación dorsipalmar, hipotrofia global de predominio distal y limitación para la habilidad motora fina y gruesa.

Objetivo de la Persona: “Realizar ejercicios recomendados por la enfermera especialista para fortalecer los músculos de la mano y poder realizar actividades como comer sin aditamento, tomar un vaso, lavarse los dientes, etc.” (SIC persona)

Objetivo de Enfermería: “Lograr que la persona fortalezca extremidades superiores, con pinza gruesa y fina para realizar actividades de vida diaria”

<u>Agente</u>	<u>Sistema</u>
<ul style="list-style-type: none">✓ Agente de autocuidado: Persona✓ Agente de cuidado dependiente: Estudiante de Posgrado en Enfermería en Rehabilitación✓ Agencia de autocuidado: Familia	<ul style="list-style-type: none">✓ Parcialmente compensatorio.✓ Apoyo educativo
<u>Intervención de Enfermería</u>	<u>Fundamentación</u>
<p>1) Toma de signos vitales previo a los ejercicios. 2) Valorar el dolor mediante escala de EVA. 3) Calentamiento: Realizar movimientos pasivos continuos en ambas manos. (Anexo-21)</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Oposición del pulgar✓ Extensión individual de cada dedo✓ Flexión y extensión de metacarpofalángicas de los cuatro últimos dedos✓ Flexión y extensión de interfalángicas proximales de los cuatro últimos dedos✓ Flexión y extensión de interfalángicas distales de los cuatro últimos dedos. <p>Realizando 4 series de 10 repeticiones</p> <p>4) Ejercicios de Rehabilitación:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Movilización y fortalecimiento de los músculos extensores y flexores de la muñeca.	<p>1) Para determinar de manera global el estado fisiológico del organismo, se determinan diversos parámetros:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Temperatura corporal✓ Pulso arterial (frecuencia cardíaca)✓ Presión arterial✓ Frecuencia respiración.³⁹ <p>2) El dolor clínico es su experiencia subjetiva y resulta que quien mejor lo describe, es quien lo padece. Existen diferentes escalas analógicas verbales (EVA) las que otorgan cualidades del dolor. La escala EVA permite que el paciente trate de objetivar su dolor asignándole un valor numérico.⁴⁰</p>

³⁹ Baily.E, Lloyd, M, Claire, L, Neeson, J, et al. Nuevo Manual de Enfermería, 2da ed. España: Grupo océano;2011.

⁴⁰ Guevara, U y De Lille, R. Medicina del dolor y paliativa. México: Corporativo intermedica, S.A de C.V. 2002.

- ✓ **Movilización y fortalecimiento de supinadores y pronadores del antebrazo.**
- ✓ **Fortalecimiento de los músculos intrínsecos de la mano y dedos.**
- ✓ **Movilización y fortalecimiento de los músculos interóseos dorsales y palmares. (Anexo-25) (Anexo-26)**

Diario 2 veces al día, 20 repeticiones por ejercicio, valorando tolerancia y dolor

5) Enfriamiento. (Anexo-21)

- 3) En el ejercicio terapéutico se aplican sobre los sistemas corporales fuerzas y tensiones cuidadosamente graduadas de forma controlada y progresiva, y planificadas apropiadamente para mejorar la función general de las personas y para que afronten las exigencias de la vida diaria.

Para que el paciente haga progresos con el tratamiento hasta obtener el resultado funcional deseado sin daños adicionales en los tejidos, los sistemas corporales implicados deben realizar un progreso mediante un programa graduado de intervención que resuelva las disfunciones al nivel de su pérdida o limitación. Por ejemplo, si la limitación funcional consiste en la incapacidad para levantar los brazos por encima de la cabeza, la exploración y evaluación determinan si las deficiencias son pérdida de amplitud, falta de fuerza, falta de estabilidad proximal, falta de coordinación entre músculos antagonistas o poca resistencia física para realizar movimientos repetitivos. Para mejorar la respuesta funcional, los problemas/deficiencias deben tratarse con ejercicios adecuados hasta el nivel en que las técnicas para reaprender destrezas seguras de extensión de brazos se integren en el programa. Los objetivos a corto plazo reflejarán esta progresión.

Las mejoras funcionales a largo plazo y la prevención de futuras lesiones se producirán sólo si el paciente entiende los objetivos del plan de ejercicio e incorpora los consejos e instrucciones del terapeuta en todos los aspectos de las rutinas de la vida diaria.⁴¹

Evaluación

⁴¹ Kisner, C y Allen, L. Ejercicio Terapéutico. España: Paidotribo. 2005.

Se adaptó una polea en su dormitorio para los ejercicios la cual fue de gran ayuda para su tratamiento rehabilitatorio, se indicaron ejercicios de terapia física para fortalecer músculos intrínsecos y extrínsecos de la mano los cuales notablemente esta fortalecidos para evitar progresión de hipotrofia.

Diagnóstico de Enfermería

4. Incapacidad para la traslación para el uso del baño R/C alteración del movimiento M/P a la Escala de Barthel de 15 puntos.

Objetivo de la Persona “Ayudar a mi familia para realizar el baño” (SIC persona)

Objetivo de Enfermería: Lograr que la persona realice el baño con ayuda mínima del familiar.

<u>Agente</u>	<u>Sistema</u>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Agente de autocuidado: Persona ✓ Agente de cuidado dependiente: Estudiante de Posgrado en Enfermería en Rehabilitación ✓ Agencia de autocuidado: Familia 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Parcialmente compensatorio. ✓ Apoyo educativo

<u>Intervención de Enfermería</u>	<u>Fundamentación</u>
<ol style="list-style-type: none"> 1) Realizar baño en silla que evite caídas. 2) Ayuda con el lavado de miembros inferiores. 3) Ayudar con el lavado perianal. 4) Aplicar crema hidratante en piel seca. 5) Inspeccionar el estado de la piel en el baño. 6) Lavar el cabello si es necesario o lo desea. 7) Enseñanza para el uso de silla de baño tipo neurológica. 8) Enseñanza para realizar transferencias cama-silla de baño. 9) Fomento de las AVD. 	<p>1) Los cuidados relacionados con la higiene son actividades fundamentales características del rol que desempeñan los profesionales de enfermería, son altamente valorados por los pacientes y son indicadores que influyen en la percepción de la calidad de la atención por parte de las familias. La higiene del paciente es una intervención que tiene como objetivos proporcionar bienestar y comodidad, a la vez que actúa como una medida preventiva contra las infecciones. Las intervenciones orientadas a cubrir la necesidad de higiene brindan un contexto adecuado para que los profesionales de enfermería valoren al paciente en aspectos como estabilidad de la condición clínica, cambios en el estado de la piel y en la cavidad oral, permeabilidad de la vía aérea, nivel de dependencia, movilidad, estado nutricional, patrón de sueño y experiencias de dolor, entre otros (percepción de su condición o estado</p>

	de ánimo, necesidades psicosociales). ⁴²
Evaluación Se dio enseñanza para realizar baño usando la mecánica corporal, para evitar lesiones tanto para familiar y persona. Se vio notablemente la ayuda que realiza la persona para su baño.	

Diagnóstico de Enfermería 5. Falta de conocimiento R/C pérdida de la integridad de la piel M/P eritema y rash cutáneo en ingle derecha, Braden 13-14, con riesgo moderado para UPP.	
Objetivo de la Persona: “Hidratarme la piel para no tener lesiones” (SIC persona)	
Objetivo de Enfermería: Lograr que la persona realice el autocuidado y deje hidratarse la piel.	
Agente	Sistema
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Agente de autocuidado: Persona ✓ Agente de cuidado dependiente: Estudiante de Posgrado en Enfermería en Rehabilitación ✓ Agencia de autocuidado: Familia 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Parcialmente compensatorio. ✓ Apoyo educativo
Intervención de Enfermería	Fundamentación
<ol style="list-style-type: none"> 1) Inspección del estado de la piel. 2) Explicar la importancia de la lubricación de la piel. 3) Aplicar crema hidratante en zonas de piel seca. 4) Aplica ungüento (óxido de zinc, vaselina) para hidratar zona de dermatitis. 5) Recomendar uso de ropa de algodón. 6) Secar perfectamente al realizar baño. 7) Cambio de posición c/2 horas para evitar lesiones por presión. 8) Determinar fuentes de incomodidad: ropa de cama arrugada o factores irritantes. 9) Proporcionar cama limpia y cómoda 10) Vigilar la piel, especialmente en las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación. (Anexo-27) 11) Enseñanza para prevención de trombosis venosa. (Anexo-37) 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Los productos utilizados para el cuidado de la piel son: limpiadores, hidratantes y cremas de barrera contra la humedad. Los protectores de la piel o barreras de humedad protegen la piel de la exposición a irritantes la humedad como: vaselina, dimeticona, lanolina o el óxido de zinc. Una barrera contra la humedad puede ser incorporada a los limpiadores de la piel o aplicarse por separado en forma de crema o pomada. 2) Se recomienda la higiene diaria suave, el uso de

⁴² Carvajal, G y Montenegro, J. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos.[Revista trimestral de Enfermería][En línea] octubre 2015 (No 40)[Citado el 8.12.17]:[11pp] Disponible en : <http://scielo.isciii.es/pdf/eq/v14n40/revision2.pdf>

	<p>cremas hidratantes y la aplicación de una barrera contra la humedad de la piel.</p> <p>3) La humedad excesiva de la piel causa daños en la integridad de la piel; el uso de pañal causa aumento de la humedad de la superficie de la piel y el consiguiente aumento de la fricción y abrasión que puede conducir a desarrollar a úlceras por presión.</p> <p>4) Óxido de Zinc es un emoliente protector y astringente cutáneo. Está indicado en quemaduras leves, raspones, sedante del ardor y del prurito en eccemas, eritrodermias, rozadura por pañal. Prevención de maceraciones.</p> <p>La vaselina es una mezcla purificada de hidrocarburos semisólidos que proceden del petróleo, que contiene propiedades humectantes ayudando a reparar la piel en profundidad.⁴³</p>
--	--

Evaluación

Se utilizó la mezcla de óxido de zinc y vaselina, colocándose 2 veces al día el protector cutáneo y finalmente remitió la lesión de la piel en 7 días.

La persona entendió la importancia de la lubricación de la piel diariamente.

⁴³ Flórez, C y Romero, A. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. [en línea] octubre 2010. [Citado el 8.12.17][6pp]: Disponible en:https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/b5_higienes_perianal.pdf

Diagnóstico de Enfermería

6. Inadecuada limpieza de la cavidad oral R/C con falta de apego terapéutico M/P halitosis, gingivitis y al Índice de Higiene Oral simplificado: Placa bacteriana grado 2, calculo grado 1.

Objetivo de la Persona: : “Realizar lavado dental con eficacia y acudir con Odontólogo para su limpieza bucal” (SIC persona)

Objetivo de Enfermería: : Lograr que la persona conozca los beneficios de la salud bucal

Agente

- ✓ Agente de autocuidado: Persona
- ✓ Agente de cuidado dependiente: Estudiante de Posgrado en Enfermería en Rehabilitación
- ✓ Agencia de autocuidado: Familia

Sistema

- ✓ Parcialmente compensatorio.
- ✓ Apoyo educativo

Intervención de Enfermería

- 1) Mantenimiento de la salud bucal (Realizar lavado de dientes 3 veces al día).
- 2) Acudir con el especialista (odontólogo) para una limpieza bucal.
- 3) Enseñar la técnica correcta del cepillado bucal a persona y familiar.
- 4) Explicar los beneficios de la salud bucal.
- 5) Aplicación de enjuague bucal y pasta adecuada al problema bucal indicada por odontólogo. (Anexo-28)

Fundamentación

- 1) La salud buco-dental es el cuidado adecuado de los dientes, encías y boca para promover la salud y prevenir las enfermedades bucales. Incluye cepillarse, usar hilo dental y tener cuidado dental profesional regularmente.
- 2) La limpieza dental es la mejor forma de prevenir las infecciones de dientes y encías. Existe la limpieza ultrasónica que consiste en la utilización de un aparato eléctrico que tiene la capacidad de aplicar vibraciones ultrasónicas a través de una fina punta metálica para eliminar el sarro. La limpieza dental profesional es un proceso de 30 minutos aproximadamente sencillo e indoloro, siendo esta ya la opción recomendada con múltiples beneficios para los pacientes.
- 3) La placa dentobacteriana es un sedimento blando, bacteriano, adherente, que

	<p>se acumula en los dientes. El otro sedimento es el duro, o sea el sarro. Cabe destacar que el sarro se forma con la placa dentobacteriana. La placa dentobacteriana es la causa principal de la caries y las enfermedades de las encías.</p> <p>El sarro es el que provoca y mantiene la inflamación gingival (encías), responsable en una gran parte del desarrollo de la gingivitis y la parodontitis.</p> <p>4) El cepillado de los dientes y encías es el mejor procedimiento utilizable para una higiene oral adecuada. Los cepillos dentales deben ser de tamaño, forma y textura adecuada, manipulables, fáciles de lavar, de composición constante y durable.⁴⁴</p>
--	---

Evaluación

Acudimos con un Cirujano dentista, el cual nos ofreció un tratamiento de limpieza ultrasónica para quitar sarro y placa dentobacterina y poder eliminar gingivitis causada por estas. Acordamos una cita, se indicó pasta y enjuague bucal que ayudara a desinflamar las encías.

Se enseñó la técnica correcta del lavado dental a paciente y familiar.

Después de 7 días la halitosis y la gingivitis remitieron.

Diagnóstico de Enfermería

7. Disposición para mejorar la calidad de la propia salud M/P deseos de manejar el régimen terapéutico de la enfermedad.

Objetivo de la Persona: “Tomar mi tratamiento (Núcleo forte CMP) y realizar mis ejercicios de rehabilitación en casa” (SIC persona)

Objetivo de Enfermería: Lograr que la persona se apegue a su tratamiento terapéutico y con ello facilitar el movimiento de extremidades superiores e inferiores.

Agente

✓ **Agente de autocuidado: Persona**

Sistema

✓ Parcialmente compensatorio.

⁴⁴ Diez, M. Limpieza Bucal. [Revista de farmacia profesional][en línea] mayo 2012. (vol 16)(n°5)[Citado el 8.12.17]: Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-13031768-S300>

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Agente de cuidado dependiente: Estudiante de Posgrado en Enfermería en Rehabilitación ✓ Agencia de autocuidado: Familia 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apoyo educativo
<p><u>Intervención de Enfermería</u></p>	<p><u>Fundamentación</u></p>
<p>1) Medidas preventivas para evitar contraer algún proceso infeccioso. (Anexo-29)</p> <p>2) Proporcionarle información sobre su tratamiento prescrito. (Anexo-19) (Anexo-30)</p>	<p>1) Es importante que el paciente que padezca SGB evite enfermarse en el proceso de recuperación, algún punto importante para esto es:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si llegara a enfermarse acuda inmediatamente a su médico especialista. ➤ No auto recetarse. ➤ Continuar con los cuidados de la primera etapa; a partir del momento en que aparecen los primeros signos de mejoría se debe iniciar una reeducación. <p>2) Núcleo CMP Forte es una especialidad farmacéutica que introduce un nuevo concepto terapéutico en aquellas enfermedades del Sistema Nervioso que requieren una activación de la síntesis de proteínas y lípidos, en especial de Fosfolípidos y Glucolípidos, y la regeneración de la vaina de mielina. La acción conjunta de CMP y UTP permite:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la regeneración de la vaina de mielina • el restablecimiento de la correcta conducción del impulso nervioso y el restablecimiento del trofismo muscular.⁴⁵ <p>3) La reeducación funcional: Encaminada a la movilización de las articulaciones, primero con ejercicios pasivos, activo</p>

⁴⁵ PLM. Diccionario de especialidades médicas: México: PLM. 2016.

	<p>asistidos, luego activa y finalmente con resistencia nos permite reeducar a los músculos que fueron afectados con el SGB, los cambios de posición de sentado a pie (mesa de estabilidad) en terapia física nos ayuda a la reeducación progresiva para la marcha. Y finalmente la terapia ocupacional nos ayuda a una reeducación de propiocepción, recuperación de la presión y reincorporación de las actividades de vida diaria.⁴⁶</p>
--	--

Evaluación

La persona ha tenido un gran apego al tratamiento farmacológico prescrito y no tiene dudas acerca de él. Conoce medidas preventivas para evitar alguna recaída en cuanto al Síndrome de Guillain Barré.

Diagnóstico de Enfermería

8. Pérdida del equilibrio R/C enfermedad neurológica M/P alteración de la marcha a la Escala de Tinetti: marcha 0/12; equilibrio 0/16 y Escala de Daniel's con resultado de: hombro 2/5, codo 2/5, cadera 1/5 rodilla 1/5, pie 1/5.

Objetivo de la Persona: “Realizar el cambio de posición, baño, transferencias cama-silla con ayuda de familiar para evitar caídas”.

Objetivo de Enfermería: Lograr que la persona conozca los factores de riesgo para prevención de caídas.

<p><u>Agente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Agente de autocuidado: Persona ✓ Agente de cuidado dependiente: Estudiante de Posgrado en Enfermería en Rehabilitación ✓ Agencia de autocuidado: Familia 	<p><u>Sistema</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Parcialmente compensatorio. ✓ Apoyo educativo
<p><u>Intervención de Enfermería</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identificar barreras arquitectónicas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Colocación de rampa en la entrada principal. 2) Colocación de barreras para prevención de caídas como: 	<p><u>Fundamentación</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Prevención de caídas se define como: Establecer precauciones especiales en pacientes con riesgo alto de lesiones por caídas.

⁴⁶ Bisbe, M, Santoyo, C, Segarra, V. Fisioterapia en neurología. España. Ed Medica panamericana. 2013.

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Uso de alfombrillas de goma en baño y ducha. ✓ Provisión de ayuda personal (familiar). Cuenta con red de apoyo de sus padres (que están separados), la madre es el cuidador primario, el padre provee económicamente a la persona y ayuda al traslado al INR. ✓ Descripción de medidas de prevención de caídas: ✓ Crear un ambiente seguro para la persona. ✓ Identificar necesidades de seguridad. ✓ Uso de silla de baño tipo neurológica. ✓ Eliminar factores de peligro del ambiente como cajas, objetos tirados que obstaculicen el camino. (Anexo-31) 3) Describir los efectos secundarios de los medicamentos que contribuyen a la posibilidad de caídas como los son: náusea, vómito y urticaria. 	<p>Algunas actividades que debemos de realizar para prevenir caídas son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar conductas y factores que afectan el riesgo de caídas ✓ Identificar las características del ambiente que pueden aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas). ✓ Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo para caídas. ✓ Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario. ✓ Colocar la cama en posición más baja. ✓ Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre o luz de llamada cuando el cuidador esté ausente.⁴⁷
--	--

Evaluación

Se logró realizar cambio en su entorno: se cambió la cama obteniendo menos altura, quitar objetos que estorben para el paso de la silla de ruedas, colocar un tapete para que al momento de realizar la sedestación.

⁴⁷ Hernández, D, Aguilera, N, Vega, M, González, N, Castañeda, H y Isasi, L. Aplicación de las actividades de la intervención de enfermería. Prevención de caídas en adultos hospitalizados. [Revista Enfermería universitaria][en línea] abril 2017 [Citado el 12.12.17][6pp] Disponible en : <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n2/2395-8421-eu-14-02-00118.pdf>

Se dio enseñanza a familiar de cómo realizar las transferencias de la persona de cama a silla, utilizando la mecánica corporal.
 Se trabaja en la enseñanza de traslado cama-silla con la persona observando un mejor equilibrio del tronco y aumento de la fuerza de miembros torácicos en escala de Daniel's de 3/5.

Diagnóstico de Enfermería

9. Capacidad para mejorar el autocuidado M/P uso de aditamento de ayuda para consumir los alimentos por sí mismo e incrementar el consumo de frutas y verduras.

Objetivo de la Persona: “Realizar la alimentación solo mediante aditamento de ayuda y lograr comer sin él”.

Objetivo de Enfermería: Lograr que la persona ingiera alimentos sin aditamento de ayuda fortaleciendo pinza gruesa y fina.

<p>Agente</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Agente de autocuidado: Persona ✓ Agente de cuidado dependiente: Estudiante de Posgrado en Enfermería en Rehabilitación ✓ Agencia de autocuidado: Familia 	<p>Sistema</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Parcialmente compensatorio. ✓ Apoyo educativo
---	--

<p>Intervención de Enfermería</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Proporcionarle ayuda hasta verificar y observar el avance que la persona es capaz de consumir los alimentos por sí solo. (Anexo-32) 2) Proporcionarle alimentos cerca de él (incluir familia). 3) Proporcionar aditamento de ayuda y como utilizarlo en los utensilios como tenedor, cuchara y cuchillo. 4) Fomentar la ingesta de calorías adecuadas acorde a su IMC. (Anexo-4) 5) Proporcionarle información adecuada acerca de los requerimientos de cada alimento. (Anexo-33) 6) Fomentar el incrementar los líquidos claros (agua). (Anexo-2) 	<p>Fundamentación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Se considera ayuda técnica (AT) cualquier producto, instrumento, equipo o sistema técnico usado por una persona con discapacidad, fabricado especialmente o disponible en el mercado para prevenir, compensar, mitigar o neutralizar la deficiencia, discapacidad o minusvalía en cuestión. Las ayudas técnicas son denominadas habitualmente dispositivos de asistencia» o «tecnologías de apoyo. 2) Las AT para comer son dispositivos que capacitan a muchas personas, especialmente a las que presentan movilidad restringida en uno o en los dos miembros superiores, para poder comer y beber, así como prepararse los alimentos y servírselos.
---	--

	<p>3) Mango de espuma. Se trata de cilindros de espuma de distintos calibres que se pueden adaptar a cualquier cubierto y facilitan por tanto su agarre y funcionalidad.⁴⁸</p> <p>4) Plato del bien comer. Representa los siguientes tres grupos de alimentos:</p> <p>5) Verduras y frutas. Son fuente de vitaminas, minerales y fibra que ayudan al buen funcionamiento del cuerpo humano, permitiendo un adecuado crecimiento, desarrollo y estado de salud.</p> <p>6) Cereales y tubérculos. Son fuente principal de la energía que el organismo utiliza para realizar sus actividades diarias, como: correr, trabajar, jugar, estudiar, bailar, etc., también son fuente importante de fibra cuando se consumen enteros.</p> <p>7) Leguminosas y alimentos de origen animal. Proporcionan principalmente proteínas que son necesarias para el crecimiento y desarrollo de los niños, para la formación y reparación de tejidos.⁴⁹</p> <p>8) Jarra de buen beber.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Se deben beber de 6 a 8 vasos de agua natural todos los días. ✓ No tomar más de 2 vasos de leche semisrecremada al día. ✓ Tomar máximo 4 tazas (240 ml) de café o té al día.
--	---

⁴⁸ Zamora, J. Ayudas técnicas para facilitar la alimentación de las personas discapacitadas. [Revista Elsevier][en línea] mayo 2009.(vol.28)(n°4)[Citado el 12.12.17]:[5pp]:Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13136835&pident_usuario=0&pident_revista=4&fichero=4v28n04a13136835pdf001.pdf&ty=102&accion=L&origen=doymafarma&web=www.doymafarma.com&lan=es

⁴⁹ Secretaria de Salud. El plato del bien comer. Nom 043. México [en línea] 2005[Citado el 12.12.17]:[6pp]:Disponible en : http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/6_1_plato_bien_comer.pdf

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tomar ½ vaso de jugo natural al día. Evitar bebidas gaseosas o light. ⁵⁰
Evaluación Se enseñó a realizar aditamento de ayuda económicos para poder comer por sí solo. Se fomentó ingesta de alimentos ricos en fibra y vitaminas como frutas y verduras, se observa el cambio de dieta y el apego a esta, no solo en la persona sino también en la familia. Finalmente la persona dejó de ocupar el aditamento, ya que come por sí mismo, con mínima deficiencia.	

Diagnóstico de Enfermería	
10. Riesgo de experimentar aislamiento social R/C trastorno de la imagen corporal.	
Objetivo de la Persona “Convivir más con mi familia y salir con mi novia a pasear y realizar actividades recreativas” (SIC persona)	
Objetivo de Enfermería: Lograr que la persona realice actividades recreativas fuera de casa, acompañado por amigos y familiares para sentirse más seguro.	
Agente <ul style="list-style-type: none"> ✓ Agente de autocuidado: Persona ✓ Agente de cuidado dependiente: Estudiante de Posgrado en Enfermería en Rehabilitación ✓ Agencia de autocuidado: Familia 	Sistema <ul style="list-style-type: none"> ✓ Parcialmente compensatorio. ✓ Apoyo educativo
Intervención de Enfermería <ol style="list-style-type: none"> 1) Ayudar a conservar las relaciones sociales mediante actividades recreativas. (Anexo-34) 2) Realizar escucha activa. 3) Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos por medio de la escucha activa. 4) Establecer actividades recreativas que lo hagan sentir cómodo: Leer, ir al cine, escuchar música y ver programas de interés. 5) Permanecer con la persona para promover la seguridad y reducir el aislamiento físico. 6) Técnica de relajación: Sentarse y hablar con la persona utilizando la distracción si procede. (Anexo-35) 	Fundamentación <ol style="list-style-type: none"> 1) Los efectos de la práctica habitual de la relajación pueden ser muy positivos, desde la reducción del nivel basal de ansiedad, el mejor afrontamiento de situaciones de estrés, la mejora de trastornos somáticos (hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, asma, úlcera duodenal, colon irritable, migraña), la inmunestimulación, ayudar a alcanzar una personalidad más madura y equilibrada, el encuentro con uno mismo.

⁵⁰ Secretaria de Salud. El plato del bien comer. Nom 043. México [en línea] 2005[Citado el 26 .12.17]:[6pp]:Disponible en: <https://www.gob.mx/issste/articulos/los-beneficios-de-la-jarra-del-buen-beber>

	<p>2) Técnicas de relajación en el sistema musculoesquelético:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reposo relativo (aunque también hay técnicas “activas”) ✓ Atención-Percepción en un miembro o grupo muscular y “aflojar-soltar” ✓ Contracción activa de un miembro o grupo muscular y “aflojar-soltar” ✓ “Fluir” con los movimientos corporales ✓ “Stretching”: distensión activa (estiramiento) de grupos musculares Masaje relajante ✓ Percepción del esquema corporal.⁵¹ <p>3) Los programas de actividades físico deportivas y recreativas para personas con discapacidades se plantean la consecución de los objetivos que siguen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mejorar la capacidad motora. ✓ Favorecer la autoestima. ✓ Mejorar la capacidad de comunicación. ✓ Mejorarlas posibilidades de desenvolvimiento vital. ✓ Permitir el acceso al mundo laboral y al disfrute del ocio. ✓ Los beneficios de las actividades recreativas son: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Beneficios Psicológicos: <ul style="list-style-type: none"> A) Emocionalmente: Se sienten mejor y más satisfechos consigo mismo, les produce placer y se divierten y eliminan estrés y tensiones. B) cognitivamente: Se incrementa la capacidad de
--	---

⁵¹ Tappe, J. Técnicas de relajación.[en línea] 2012 [Citado el 12.12.17]:[12pp]: Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-ejer/relajacion.pdf>

	<p>adquirir conocimientos y se desarrolla la creatividad.</p> <p>C) conductualmente: Se incrementa la autonomía, se incrementa la capacidad para manejar herramientas y se mejora la destreza.</p>
<p>Evaluación</p> <p>Se trabajó con la persona algunas técnicas de relajación para evitar estrés, observando que, al realizar sus terapias en casa, hace uso de terapia de respiración y tiene un mejor control de movimiento y fuerza, manejando un buen ahorro de energía.</p> <p>Se logró satisfactoriamente que se organizara una reunión familiar la cual la persona disfruto mucho, comprendiendo el valor de convivir con la familia.</p> <p>Notablemente se observa que la persona tiene mayor deseos de salir de casa, expresando querer ir al cine con su familia y realizar reuniones familiares.</p>	

<p>Diagnóstico de Enfermería</p> <p>11. Disposición para mejorar la autoestima M/P mantiene confianza en sus habilidades, expresa satisfacción por sus avances y mantiene el deseo de eliminar sus limitaciones.</p>	
<p>Objetivo de la Persona: “Poder caminar para volver a la universidad y terminar mi carrera como ingeniero” (SIC persona).</p>	
<p>Objetivo de Enfermería: Lograr que la persona realice actividades que fortalezca su autoestima.</p>	
<p>Agente</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Agente de autocuidado: Persona ✓ Agente de cuidado dependiente: Estudiante de Posgrado en Enfermería en Rehabilitación ✓ Agencia de autocuidado: Familia 	<p>Sistema</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Parcialmente compensatorio. ✓ Apoyo educativo
<p>Intervención de Enfermería</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Escucha activa: 2) Reflexionar sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual. 3) Fortalecer la expresión de sentimientos. 4) Ayudar a la persona a identificar atributos positivos de sí mismo. 5) Animar al paciente a identificar sus virtudes. 6) Animar al paciente a aceptar nuevos desafíos. 7) Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir la autoestima más alta. (Anexo 37). 8) Recompensar o alabar el progreso del paciente en consecución de los objetivos. 9) Utilizar técnica escrita sobre sus metas a corta, mediano y largo: 	<p>Fundamentación</p> <p>1) Respuesta positiva ante la discapacidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Afortunadamente son muchos los que han podido romper esta rueda de los complejos y actitudes negativas. Han abiertos fisuras y han podido ser personas libres, con dificultades, pero libres para decidir qué hacer con su vida. Y han optado por buscar una salida para ellos y para los demás. Frente a

- ✓ Realizando un collage.
- ✓ Lectura del libro “Los cuatro acuerdos”.
- ✓ Lectura del libro y documental “El secreto”.
- ✓ Escritura de sus metas. (Anexo-36)

las actitudes negativas es posible encontrar discapacitados que han optado por otra forma de ser y estar en la sociedad. La discapacidad se convierte en un reto. Al aceptarla se liberan muchas posibilidades ocultas hasta entonces.

- ✓ El primer reto es reivindicar el derecho a ser diferente. Partir de lo que se tiene y luchar por cambiar desde dentro.
- ✓ Empeñarse en valerse por sí mismos. Aunque sea poco, lo mínimo siempre se puede aspirar a hacer algo por uno mismo.
- ✓ Crear las condiciones que te lleven a la máxima autonomía que puedas conseguir.
- ✓ No conformarse con pequeños cambios de actitud, buscar el desarrollo integral.
- ✓ Ayudar al otro a descubrir sus posibilidades. Ponerse al servicio del otro.
- ✓ Luchar por cambiar la sociedad, ayudarle a romper las barreras y facilitar el acceso de las personas con discapacidad.
- ✓ Todos somos útiles. Participar
- ✓ La dignidad de la persona por encima de todo.

Evaluación

El avance satisfactorio es notable, tiene red de apoyo de la familia y amigos, sigue las indicaciones al pie de la letra y tiene excelente disposición para que su vida vuelva hacer la misma de antes.

Ejecución y Registro de Intervenciones

Intervenciones de Enfermería	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May
Presentación y Firma de consentimientos informados	25							
Aplicación de Instrumento, Entrevista de Historia clínica		11						
Exploración Física		11			17			05
Valoración Fuerza muscular y Arcos de Movilidad		11			17			05
Movilización pasiva fortalecimiento de músculos de extremidades superiores		25	2	18				
Ejercicios activos de fortalecimiento de músculos de extremidades inferiores		25	2	18	10	17 31	6 20	5
Ejercicios activos de fortalecimiento de músculos de antebrazo y mano		25	2	18	10	17 31	6 20	5
Enseñanza de Estimulación Propioceptiva		25	2					

Reeducación de la realización del baño corporal de forma independiente		25						
Enseñanza sobre los cuidados de la piel		25	2	18				
Enseñanza de la higiene bucal Visita al Odontólogo			23					
Medidas preventivas para evitar contraer algún proceso infeccioso.					17			
Enseñanza de utilización de barreras para prevención de caídas.			23					
Reeducación del equilibrio		25	02					
Reeducación de la Marcha con adaptadores					17			

Reeducación para alimentación mediante utilización aditamentos de ayuda		25						
Enseña para la realización de actividades recreativas y conservar las relaciones sociales		11			17			5
Educación para fortalecimiento de autoestima		11	02	18 (Elaboración de Collage)	10	24	6	5

7.6 Evaluación

7.6.1 Evaluación de la respuesta de la persona

7.6.2 Evaluación del Proceso

Diagnóstico de enfermería:

1.-Déficit de la movilidad R/C parálisis flácida simétrica de las extremidades superiores e inferiores M/P no realiza cambios de posición por sí mismo, debilidad muscular a la Escala de Daniel's con resultado de: cuello 4/5 hombro 2/5, codo 2/5, cadera 1/5 rodilla 1/5, pie 1/5.

Objetivo de la Persona: "Llevar a cabo a las intervenciones de la enfermera especialista" (SIC persona).

Objetivo de Enfermería: Lograr que la persona se apegue a su tratamiento terapéutico y con ello facilitar el movimiento de las extremidades superiores e inferiores.

Indicadores	Evaluación de las respuestas de la persona Intervenciones	1era fecha 25.Nov.17	2da fecha 17.Feb.18	3era fecha 05.Mayo.18
Movilización pasiva y fortalecimiento de músculos de extremidades superiores e inferiores.	Valoración fuerza muscular	2- Extremidades Superiores	3- Extremidades Superiores	4- Extremidades Superiores
Escala de Daniel's. 0 Ausencia 1.-Contracción sin movimiento 2.-Mov.que no vence la gravedad 3.-Movimiento completo que vence la gravedad 4.-Movimiento con resistencia parcial 5.-Movimiento con resistencia total		1.- Extremidades Inferiores	2.- Extremidades Inferiores	3.- Extremidades Inferiores

Diagnóstico de enfermería: Dificultad para mantenerse de pie R/C alteración del sistema motor M/P a la Escala de Tinetti: marcha 0/12; equilibrio 0/16.

Objetivo de la Persona: “Realizar ejercicios recomendados por la enfermera especialista para fortalecer los músculos inferiores y ponerse de pie” (SIC persona).

Objetivo de Enfermería: Lograr que la persona fortalezca extremidades inferiores para poder realizar la bipedestación.

Indicadores	Evaluación de las respuestas de la persona	1era fecha 25.Nov.17	2da fecha 17.Feb.18	3era Fecha 05.Mayo.18
Ejercicios activos de fortalecimiento de músculos de extremidades inferiores. Escala de Daniel's. 0 Ausencia 1.-Contracción sin movimiento 2.-Mov.que no vence la gravedad 3.-Movimiento completo que vence la gravedad 4.-Movimiento con resistencia parcial 5.-Movimiento con resistencia total	Valoración fuerza muscular Escala de Daniel's. Escala de Tinetti	1	2	3
Reeducación del equilibrio.	0-16	0	5	6
Reeducación para la marcha adaptadores.	0-16	0	5	6

Enseñanza Estimulación Propioceptiva. 3.- Excelente 2.-Adecuado 1.- Deficiente 0. Malo	de	1	2	2
---	-----------	----------	----------	----------

Diagnóstico de enfermería: Incapacidad para la movilidad de las manos R/C desmielinización de los nervios periféricos M/P dificultad para la flexión, extensión y pronosupinación dorsopalmar, hipotrofia global de predominio distal y limitación para la habilidad motora fina y gruesa.

Objetivo de la Persona: “Realizar ejercicios recomendados por la enfermera especialista para fortalecer los músculos de la mano y poder realizar actividades como comer sin aditamento, tomar un vaso, lavarse los dientes, etc.” (SIC persona).

Objetivo de Enfermería: “Lograr que la persona fortalezca extremidades superiores, con pinza gruesa y fina para realizar actividades de vida diaria”

Indicadores	Evaluación de las respuestas de la persona Intervenciones	1era fecha 25.Nov.17	2da fecha 17.Feb.18	3era fecha 05.Mayo.18
Ejercicios activos de fortalecimiento de músculos de antebrazo y mano.	Valoración fuerza muscular Escala de Daniel's.	2.- Antebrazo	3.- Antebrazo	4.- Antebrazo
0 Ausencia		1.-Mano	2.- Mano	3.- Mano
1.-Contracción sin movimiento				
2.-Mov.que no vence la gravedad				
3.-Movimiento completo que vence la gravedad				
4.-Movimiento con resistencia parcial				
5.-Movimiento con resistencia total				

Diagnóstico de enfermería: Incapacidad para la traslación para el uso del baño R/C alteración del movimiento M/P a la Escala de Barthel de 15 puntos.

Objetivo de la Persona: “Ayudar a mi familia para realizar el baño” (SIC persona).

Objetivo de Enfermería: Lograr que la persona realice el baño con ayuda mínima del familiar.

Indicadores	Evaluación de las respuestas de la persona Intervenciones	1era fecha 25.Nov.17	2da fecha 17.Feb.18	3era fecha 05.Mayo.18
Reeducación de la realización del baño corporal de forma independiente. 3.- Excelente 2.-Adecuado 1.- Deficiente 0. Malo	Reeducación de las AVD (realización baño).	1	2	2

Diagnóstico de enfermería: Falta de conocimiento R/C pérdida de la integridad de la piel M/P eritema y rash cutáneo en ingle derecha, Braden 13-14, con riesgo moderado para UPP.

Objetivo de la Persona: “Hidratarse la piel para no tener lesiones” (SIC persona).

Objetivo de Enfermería: Lograr que la persona realice el autocuidado y deje hidratarse la piel.

Indicadores	Evaluación de las respuestas de la persona Intervenciones	1era fecha 25.Nov.17	2da fecha 17.Feb.18	3era Fecha 05.Mayo.18
Enseñanza sobre los cuidados de la piel.	Cuidado de Piel.	0	2	3
3.- Excelente				
2.-Adecuado				
1.- Deficiente				
0. Malo				

Diagnóstico de enfermería: Inadecuada limpieza de la cavidad oral R/C con falta de apego terapéutico M/P halitosis, gingivitis y al Índice de Higiene Oral simplificado: Placa bacteriana grado 2, calculo grado 1.

Objetivo de la Persona: “Realizar lavado dental con eficacia y acudir con Odontólogo para su limpieza bucal” (SIC persona).

Objetivo de Enfermería: Lograr que la persona conozca los beneficios de la salud bucal.

Indicadores	Evaluación de las respuestas de la persona Intervenciones	1era fecha 25.Nov.17	2da fecha 17.Feb.18	3era fecha 05.Mayo.18
Enseñanza de la higiene bucal	Higiene Bucal	1	2	3
3.- Excelente				
2.-Adecuado				
1.- Deficiente				
0. Malo				

Diagnóstico de enfermería: Disposición para mejorar la calidad de la propia salud M/P deseos de manejar el régimen terapéutico de la enfermedad.

Objetivo de la Persona: “Tomar mi tratamiento (Núcleo forte CMP) y realizar mis ejercicios de rehabilitación en casa” (SIC persona).

Objetivo de Enfermería: Lograr que la persona se apegue a su tratamiento terapéutico y con ello facilitar el movimiento de extremidades superiores e inferiores.

Indicadores	Evaluación de las respuestas de la persona Intervenciones	1era fecha 25.Nov.17	2da fecha 17.Feb.18	3era fecha 05.Mayo.18
3.- Excelente	Medidas preventivas para evitar contraer algún proceso infeccioso.	0	2	3
2.-Adecuado				
1.- Deficiente				
0. Malo				

Diagnóstico de enfermería: Pérdida del equilibrio R/C alteración de la marcha M/P a la Escala de Tinetti: marcha 0/12; equilibrio 0/16 y Escala de Daniel's con resultado de: hombro 2/5, codo 2/5, cadera 1/5 rodilla 1/5, pie 1/5.

Objetivo de la Persona: “Realizar el cambio de posición, baño, transferencias cama-silla con ayuda de familiar para evitar caídas”.

Objetivo de Enfermería: Lograr que la persona conozca los factores de riesgo para prevención de caídas.

Indicadores	Evaluación de las respuestas de la persona Intervenciones	1era fecha 25.Nov.17	2da fecha 17.Feb.18	3era Fecha 05.Mayo.18
Reeducación del equilibrio.	Escala de Tinetti 0-16	0	5	6

Reeducación para la marcha adaptadores	0-16	0	5	6
Enseñanza de utilización barreras para prevención de caída.	Prevenición de Caídas.	5	5	3
Alto riesgo 4-10 puntos Mediano riesgo 2-3 puntos Bajo riesgo 0-1 puntos	Escala de Dowton.			

Diagnóstico de enfermería: Capacidad para mejorar el autocuidado M/P uso de aditamento de ayuda para consumir los alimentos por sí mismo e incrementar el consumo de frutas y verduras.

Objetivo de la Persona: “Realizar la alimentación solo mediante aditamento de ayuda y lograr comer sin él”.

Objetivo de Enfermería: Lograr que la persona ingiera alimentos sin aditamento de ayuda fortaleciendo pinza gruesa y fina.

Indicadores	Evaluación de las respuestas de la persona Intervenciones	1era fecha 25.Nov.17	2da fecha 17.Feb.18	3era fecha 05.May.18
Reeducación para la alimentación mediante la utilización de aditamentos de ayuda.	Reeducación para la utilización de aditamentos de ayuda.	0	2	3
3.- Excelente				
2.-Adecuado				
1.- Deficiente				
0. Malo				

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de experimentar aislamiento social R/C trastorno de la imagen corporal.

Objetivo de la Persona: “Convivir más con mi familia y salir con mi novia a pasear y realizar actividades recreativas” (SIC persona)

Objetivo de Enfermería: Lograr que la persona realice actividades recreativas fuera de casa, acompañado por amigos y familiares para sentirse más seguro.

Indicadores	Evaluación de las respuestas de la persona Intervenciones	1era fecha 25.Nov.17	2da fecha 17.Feb.18	3era fecha 5.May.18
Enseñanza para la realización de actividades recreativas y conservar las relaciones sociales.	Enseñanza para realizar AVD	0	2	3
3.- Excelente				
2.-Adecuado				
1.- Deficiente				
0. Malo				

Diagnóstico de enfermería: Disposición para mejorar la autoestima M/P mantiene confianza en sus habilidades, expresa satisfacción por sus avances y mantiene el deseo de eliminar sus limitaciones.

Objetivo de la Persona: “Poder caminar para volver a la universidad y terminar mi carrera como ingeniero” (SIC persona).

Objetivo de Enfermería: Lograr que la persona realice actividades que fortalezca su autoestima.

Indicadores	Evaluación de las respuestas de la persona Intervenciones	1era fecha 25.Nov.17	2da fecha 17.feb.18	3era Fecha 5.May.18
Educación para de fortalecimiento autoestima. 1.-Muy en desacuerdo 2.- En desacuerdo 3.- De acuerdo 4.- Muy de acuerdo	Escala de Rosenberg	2	3	4

8.- PLAN DE ALTA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 POSGRADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN



Plan de alta de Enfermería en Rehabilitación

Nombre: C.G.O.A	Comorbilidad			
Fecha de Nacimiento: 14.03.1995	HAS	DM	IR	OTRO
Número de cama:				
Género: Masculino				
Edad: 23 años	Alergias:			
Religión: Católica	Negadas			
Diagnóstico Médico: Síndrome de Guillain Barré	Signos Vitales			
Motivo de alta: Mejoría				

Tipo de dieta

Normal Alta en fibra

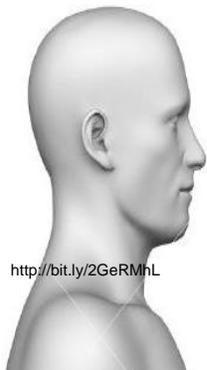
Observaciones:

Medicamentos indicados

Nombre	Presentación	Dosis	Vía	Hora	Días de tratamiento
Núcleo Forte CMP	Capsulas	3 mg	oral	Cada 24 hrs	Días restantes: 2 meses

Interacciones Medicamentosas: Tratamiento restante por dos meses y suspender por indicación médica.

Planificación de Alta



<http://bit.ly/2GeRMhL>

Cuidados de Boca
Higiene bucal 3 veces al día Colutorios de bicarbonato
Acudir a con su odontólogo c/6 meses para limpieza dental.



<http://bit.ly/2GeRMhL>



Cuidados	
Tórax Fisioterapia respiratoria	Extremidades superiores Valorar CNVD
Extremidades inferiores Medición de perímetros pélvicos Uso de ortesis Uso de adaptadores Alineación de segmentos Higiene ungüeval e interdigital	Abdomen Rutina masaje marco cólico
Cuidados de la piel	Prevención de caídas
Inspección de la piel Lubricación diaria de la piel Mantener piel limpia, seca y lubricada Cambio de posición cada 2 horas Enseñanza al cuidador primario para liberar zonas de presión	Incorporarse de pie con ayuda de familiar y dispositivo de apoyo. No dejar cosas tiradas por el piso. No caminar por el piso húmedo. Utilizar siempre dispositivo de apoyo.
Actividad física permitida	Valoración del Dolor
Movilización activa de articulaciones sanas Terapia física y terapia ocupacional en domicilio. Deambulación con apoyo de auxiliares Tipo: <u> Andadera </u> Enseñanza a persona/cuidador primario del uso de dispositivos de apoyo para la deambulación.	<p>http://bit.ly/2ne9PMt</p>
	Intensidad Localización Tipo de dolor Tratamiento: *Compresa caliente por 20 min cuidado la integridad de la piel. * Masoterapia

Indicaciones de Autocuidado

- Continuar realizando ejercicios ya prescritos que faciliten realizar actividades de vida diaria.
- Continuar con el uso de ortesis para la corrección de los pies.
- Continuar realizando las actividades ya mejoradas con el fin de perfeccionarlas con el paso de los días.

Cuidados integrales y especializados a llevar a cabo en el hogar por el cuidador primario previa enseñanza de la Enfermera Especialista en Rehabilitación:

- ✓ Calentamiento: Durante 10 minutos previo a iniciar movilizaciones.
- ✓ Movilizaciones activo asistidas de las extremidades superiores e inferiores en decúbito dorsal:
- ✓ Movilización y fortalecimiento de musculo deltoides, músculos del brazo y antebrazo.
- ✓ Movilización y fortalecimiento de músculos extensores y flexores de la muñeca.
- ✓ Flexión de la cadera.
- ✓ Aducción y abducción de la cadera.
- ✓ Flexión de las rodillas.
- ✓ Dorsiflexión.
- ✓ Rotación interna y externa de los tobillos.
- ✓ Ejercicios de estiramiento en miembros inferiores: Dorxiflesores
- ✓ Fortalecimiento de músculos: flexores y extensores de los orjejos.

Diario 2 veces al día, 10 repeticiones por ejercicio, valorando tolerancia y dolor.
Enfriamiento.

- ✓ Realizar marcha con adaptadores y dispositivo de apoyo (andadera) con ayuda de familiar para prevención de caídas diario a tolerancia. Previo y posteriormente tomar presión arterial.
- ✓ Estimulación exteroceptiva táctil: técnicas de estimulación con texturas para mejorar los trastornos sensoriales.

Evaluación de resultados

Recibí información:

Deficiente Suficiente Compensable Lenguaje claro Acorde a condición actual

¿La educación recibida me permitió conocer y manejar mi enfermedad?

Totalmente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

Fecha de entrega:

Nombre y firma
de la persona

Nombre y firma
del cuidador primario

Nombre y firma
Del EER. Que entrega

9.- CONCLUSIONES

El especialista en rehabilitación tiene la posibilidad de realizar su trabajo tanto dentro como fuera de una institución de salud, ejerciendo la práctica independiente.

Las visitas domiciliarias proporcionan la oportunidad de conocer de forma holística a la persona, interactuar con su entorno, estilos de vida, barreras arquitectónicas y las posibilidades de seguir su tratamiento rehabilitatorio; todo con el fin de adaptar las intervenciones a sus necesidades y de ser posible mejora en su entorno, esto para mejorar su calidad de vida y tener mayor impacto de quienes lo rodean.

Como especialista en Enfermería en Rehabilitación, nuestra visión es biopsicosocial, esto nos ayudara para tener en cuenta todos los ámbitos en los cuales se deberán implementar intervenciones especializadas para la integración de la persona a su entorno lo más pronta y adecuada posible.

Las intervenciones de enfermería en rehabilitación fueron de suma importancia desde la visión biosicosocial, teniendo en cuenta que el Síndrome de Guillain Barré afecta principalmente la fuerza y movimiento de todo el cuerpo humano se logró mediante ejercicios pasivo-asistidos y activo-asistidos el aumento de la fuerza y los arcos de movilidad, se realizó la valoración periódica de la escala de Tinetti la cual tuvo gran avance para el equilibrio y la marcha, se retiró a la brevedad el dispositivo de ayuda para la alimentación, ya que se logró el fortalecimiento de músculos intrínsecos y extrínsecos de la mano los cuales notablemente esta fortalecidos para el agarre de pinza gruesa y fina .

La prevención juega un papel sumamente importante en el área de la rehabilitación y detalló que se logró evitar lesiones de la piel dando enseñanza a la persona y familiar de los cuidados de la piel; se acudió al cirujano dentista por problemas de sarro y placa dentobacteriana las cuales remitieron; la persona tuvo un apego terapéutico hacia el tratamiento farmacológico y rehabilitatorio el cual ayudo a su independencia y logro de sus objetivos personales.

Se consiguió realizar un cambio en su entorno, tales como barreras arquitectónicas y colocación de material para realizar sus ejercicios en casa.

Se impulsó a realizar ingesta de alimentos ricos en fibra y vitaminas como frutas y verduras, se observó el cambio de dieta y el apego a esta, no solo en la persona sino también en la familia.

Se trabajó con la persona algunas técnicas de relajación para evitar estrés, observando que, al realizar sus terapias en casa, hace uso de terapia de respiración y tiene un mejor control de movimiento y fuerza, manejando un buen ahorro de energía.

Se lograron satisfactoriamente los objetivos de la persona y el estudiante de enfermería en rehabilitación, se ve notablemente el avance y excelente disposición para volver a ser una persona independiente.

Y finalmente concluyó diciendo que, si se cuenta con los conocimientos y sobre todo con la actitud para realizar las intervenciones adecuadas en cada persona como ser único e irreplicable, se lograra obtener la confianza e integración de la persona no solo a su vida cotidiana, sino también a la realización de metas personales para su crecimiento físico y espiritual.

10.- SUGERENCIAS

- Realizar herramientas de ayuda de búsqueda para los pacientes que les faciliten encontrar instituciones de apoyo para el tratamiento de sus padecimientos.
- Integrar a las personas con el equipo multidisciplinario para tratar todos los déficits de la persona y brindar cuidado integral.
- Implementar un área que permita al profesional de Enfermería en rehabilitación brindar atención a la persona de manera independiente y así poder tener un seguimiento de cada persona más cercanamente.
- Implementar un protocolo que nos ayude a tener seguimiento domiciliario de las personas que sean pacientes del Instituto Nacional de Rehabilitación LGII, para que obtengan cuidado integral y respuestas de dudas que surjan en el tratamiento externo.

11.- BIBLIOGRAFÍA:

1. Guzmán, J. Presente y futuro de la rehabilitación en México [Revista cirugía y cirujanos][revista elsevier] abril 2016. [Citado el 26.12.17]: [3pp]: Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cirujanos-139-articulo-presente-futuro-rehabilitacion-mexico-S0009741116300135>
2. García, E y Giraldo, C. El quehacer de la enfermera especialista en rehabilitación en un hospital de tercer nivel de atención. Universidad de Antioquia. [Rev. Udea] [en línea] 1995 [Citado el 26.12.17]; [15 pp]: Disponible en : <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5331877>
3. Secretaria de Salud. Guía de referencia rápida "Diagnóstico y tratamiento de Síndrome de Guillain Barré en la etapa aguda en el primer nivel de atención". 2016. [citado el 10.nov.17] : [7 pp] Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/089_GPC_SxGBarre2y3N/A/GuillainBarrE_R_CENETEC.pdf
4. Acosta M, Cañiza M, Romano M y Araujo E. Síndrome de Guillain Barré. [Revista de Posgrado de la Vía Catedra de Medicina] 2007.Abril. [Citado el 6.nov.17] (Nº 168): [4pp].
5. Sánchez, J, Chao, L, Chávez, J, Domínguez, L, Wong, L, Blanco, E. caracterización clínica del Síndrome de Guillain Barré. Cuba. [Rev. Cubana de medicina interna][en línea] 2012 [Citado el 2.12.17]: [11pp]: Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol11_2_12/mie01212.html
6. Medina S, Varga D, Rodríguez I, Orozco A y Hernández H. Descripción clínica y relación con la estancia hospitalaria de pacientes con Síndrome de Guillain Barré en un comunitario en México. [Revista Mexicana de Neurociencia] 2015. Abril. [Citado el 7.nov.17] (Vol. 16) (Nº2): [16 PP].
7. Fresquet, José. Historia de la Medicina Georges Charles Guillain. [En línea] 2017.Abril. [Citado el 6.nov.17]: [6 pp] Disponible en: www.historiasdelamedicina.org/guillain.html
8. Balan, C y Franco, M. Teorías y Modelos de Enfermería. 2da ed. México: UNAM. 2011.
9. Pereda, M. Explorando la Teoria General de Orem. México [Revista de Enfermería Neurológica][en línea] 2011(vol. 10) (Nº3) [Citado el 2.12.17]:[6pp]: Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>
10. Prado, L, González, m, Paz, N y Romero, K. La Teoria del déficit de autocuidado Dorothea Orem punto de partida para la calidad de atención. [artículo de revisión][en línea] octubre 2014 [Citado el 2.12.17]: [11pp]: Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>
11. Martínez, C y Piedad, C. El método del estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. Pensamiento & Gestión. Redalyc Colombia 2006. [en línea] [Citado el 26.12.117];[30 pp]: Disponible: <http://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>
12. Barrio, I, González, J, Padín, L, Peral, P, Sánchez, J, Tarín, E. El estudio de casos. Métodos de investigación educativa. Universidad Autónoma de Madrid. [en línea][citado el 26.12.17];[16pp]: Disponible en : https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Est_Casos_doc.pdf

13. Mora, L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. [Revista cubana de oftalmología] [en línea] 2015 [citado el 2.12.17]: [6pp]: Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009
14. Vargas, M y Cortes, G. Una reflexión sobre valores y principios bioéticos en la práctica de Enfermería. [Revista mexicana de Enfermería Cardiológica] [en línea] agosto 2010 [citado el 2.12.17]: [3pp]: Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2010/en101_2i.pdf
15. Secretaria de Salud. Consentimiento válidamente informado. [CONAMED] [en línea] 2016 [citado el 2.12.17]: [3pp]: Disponible en: http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/files/pdf/cvi/libro_cvi2aEd.pdf
16. Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM 004-SSA3-2012, Del expediente clínico. [en línea] 2012 [citado el 2.12.17]: Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787
17. Colegio de Licenciados en Enfermería, A.C. Código de ética para Enfermeras. [en línea] 2000 [citado el 2.12.17]: [17pp]: Disponible en: http://codamedy.ssy.gob.mx/wp-content/uploads/codigo_enfermeras1.pdf
18. Ruiz, R. La carta de los derechos generales de las enfermeras y los enfermeros. [Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica] [en línea] 2006 [citado el 2.12.17]: [3pp]: Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2006/en061g.pdf>
19. Secretaria de Salud. 10 Derechos Generales de los Pacientes. [CONAMED] [en línea] 2014 [citado el 2.12.17]: [1pp]: Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/cartas_derechos/pdf/POSTER_PACIENTES_2014.pdf
20. Arce, C. Termoterapia. [En línea] 2015 [Citado el 20.02.18]:[7pp] Disponible en : <http://www.arcesw.com/termoterapia.pdf>
21. García, A. El calentamiento, Educación Física. [En línea] 2014 [Citado el 20.02.18]:[5pp] Disponible en : http://www.juntadeandalucia.es/averroes/centros-tic/23700244/helvia/sitio/upload/Apuntes_Calentamiento.pdf
22. Kisner, C y Allen, L. Ejercicio Terapéutico. España: Paidotribo. 2005
23. Sobejano, M. [En línea] 2011 [Citado el 20.02.18]:[5pp] Disponible en : <https://msobejano.files.wordpress.com/2010/11/el-calentamiento-y-el-enfriamiento.pdf>
24. Baily,E, Lloyd, M, Claire, L, Neeson, J, et al. Nuevo Manual de Enfermería, 2da ed. España: Grupo océano;2011
25. Guevara, U y De Lille, R. Medicina del dolor y paliativa. México: Corporativo intermedica, S.A de C.V. 2002.
26. Carvajal, G y Montenegro, J. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos.[Revista trimestral de Enfermería][En línea] octubre 2015 (No 40)[Citado el 8.12.17]:[11pp] Disponible en : <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n40/revision2.pdf>
27. Flórez, C y Romero, A. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. [en línea] octubre 2010. [Citado el 8.12.17][6pp]: Disponible

en:https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/b5_higienes_perianal.pdf

28. Diez, M. Limpieza Bucal. [Revista de farmacia profesional][en línea] mayo 2012. (vol 16)(nº5)[Citado el 8.12.17]: Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-13031768-S300>
29. PLM. Diccionario de especialidades médicas: México: PLM. 2016.
30. Bisbe M, Santoyo C y Segarra V. Fisioterapia en Neurología. España. Editorial medica panamericana;2012.
31. Hernández, D, Aguilera, N, Vega, M, González, N, Castañeda, H y Isasi, L. Aplicación de las actividades de la intervención de enfermería. Prevención de caídas en adultos hospitalizados. [Revista Enfermería universitaria][en línea] abril 2017 [Citado el 12.12.17][6pp] Disponible en : <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n2/2395-8421-eu-14-02-00118.pdf>
32. Zamora, J. Ayudas técnicas para facilitar la alimentación de las personas discapacitadas. [Revista Elsevier][en línea] mayo 2009.(vol.28)(nº4)[Citado el 12.12.17]:[5pp]:Disponible en:http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pidet_articulo=13136835&pidet_usuario=0&pidet_revista=4&fichero=4v28n04a13136835pdf001.pdf&ty=102&accion=L&origen=doymafarma&web=www.doymafarma.com&lan=es
33. Secretaria de Salud. El plato del bien comer. Nom 043. México [en línea] 2005[Citado el 12.12.17]:[6pp]:Disponible en http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/6_1_plato_bien_comer.pdf
34. Secretaria de Salud. El plato del bien comer. Nom 043. México [en línea] 2005[Citado el 26.12.17]:[6pp]:Disponible en: <https://www.gob.mx/issste/articulos/los-beneficios-de-la-jarra-del-buen-beber>
35. Tappe, J. Técnicas de relajación.[en línea] 2012 [Citado el 12.12.17]:[12pp]: Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-ejer/relajacion.pdf>
36. Medina S, Varga D, Rodríguez I, Orozco A y Hernández H. Descripción clínica y relación con la estancia hospitalaria de pacientes con Síndrome de Guillain Barré en un comunitario en México. [Revista Mexicana de Neurociencia] 2015. Abril. [Citado el 7.nov.17] (Vol. 16) (Nº2): [16 PP].
37. Izaola,O, De Luis,D, Cabezas, Rojas, S, Cuellar,L, Terroba,M, etal . Mini Nutritional Assessment (MNA) como método de evaluación nutricional en pacientes hospitalizados. [Rev.An.Med.Interna (Madrid)][en línea] 2005 (vol.22)(nº7) [citado el 26.12.17]:[4pp]: Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v22n7/original2.pdf>
38. Sámano, R, Rodríguez, Sánchez, B, Godínez. Noriega, Garza, M, et al. Satisfacción de la imagen corporal en adolescentes y adultos mexicanos y su relación con la autopercepción corporal y el índice de masa corporal real. [Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal][en línea] 2015 [citado el 26.12.17]:[8pp]:Disponible en : <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309235369011.pdf>

39. Polo, E y Del Castillo, M. El índice de cintura cadera. [Rev. Centro de Medicina Deportiva] [en línea] 2006 [citado el 26.12.17]: Disponible en: <https://goo.gl/tT5G23>

40. Mínguez, M y Benages, A. Escala de Bristol: ¿un sistema útil para valorar la forma de las heces? [Revista española de enfermedades digestivas] [en línea] mayo 2009 (vol. 101) (nº5) [Citado el 26.12.17]; [7pp]: Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v101n5/editorial.pdf>

41. S/A. Metodología, escala de Armstrong. [en línea]: Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lct/ramirez_s_mj/capitulo6.pdf

42. Busquets, M y Serrat, R. Validación del cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) en una población chilena usuaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA). [Rev Med Chile] [en línea] 2012 [Citado el 26.12.17]: [7pp]: Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v140n3/art09.pdf>

43. años de una institución educativa pública del distrito de Ate. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas [en línea] 2013. [citado el 26.12.17]; [88pp]: Disponible en: http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/322242/1/Moses_AA.pdf

44. Cid, J y Damián, J. Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. [Revista española de salud pública] [en línea] 2007 [citado el 26.12.17]; [12pp]: Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>

45. Rodríguez, C y Helena, L. Validez y confiabilidad de la Escala de Tinetti para la población colombiana [Revista colombiana de Reumatología] [en línea] 2012 (vol.19)(nº4) [citado el 26.12.17]; [16pp]: Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-reumatologia-374-articulo-validez-confiabilidad-escala-tinetti-poblacion-S0121812312700178>

46. Rodríguez, C y Helena, L. Validez y confiabilidad de la Escala de Tinetti para la población colombiana [Revista colombiana de Reumatología] [en línea] 2012 (vol.19)(nº4) [citado el 26.12.17]; [16pp]: Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-reumatologia-374-articulo-validez-confiabilidad-escala-tinetti-poblacion-S0121812312700178>

47. Camacho, L, Pesado, J y Rumbo, J. Opinión de enfermería y concordancia entre las escalas visual analógica, verbal simple y numérica, en la valoración del dolor agudo como 5ª constante vital. [Rev. Ene] [en línea] 2016 (vol.10)(nº1) [citado el 26.12.17]: Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000100006

48. Bueno, M, Roldan, M, Rodriguez, J, Meroño, D, Dávila, R, Berenguer, N. Características de la escala de Downton en la valoración de riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. [Revista Enfermería clínica] [en línea] 2017 (vol27) [citado el 26.12.17]: Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862117300256>

49. Faria, L, Conceicao, V, Goncalves, T, Queiroz, M. Validez predictiva de la escala de Braden para el riesgo de desarrollo de úlcera por presión, en pacientes críticos. [Rev. Latino-Am Enfermagem] [en línea] 2011 [citado el 26.12.17]; [8pp]: Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/es_08.pdf

50. Samper,J, Llibre, J, Sánchez, C, Pérez, Morales, E, Sosa,S, etal. Mini examen mental en sujetos con deterioro cognitivo leve. [Revista cubana de medicina militar] 2012 [citado el 26.12.17]; [8pp]: Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v41n2/mil02212.pdf>
51. Carrillo, P y Barajas, K. Exploración neurológica básica para el médico general. [Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM][en línea] 2016 [citado el 26-12.17]; [15pp]: Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2016/un165h.pdf>
52. Soria, R, Vega, C y Nava, C, Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos [Rev. Alternativas en psicología] [en línea] 2009 (vol.14)(n°20) [citado el 26.12.17];[8pp]: Disponible en : http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008
53. Garrido, J. Escala de Rosenberg. [en línea] 2016 [citado el 30.04.18]:[3pp]: Disponible en: <http://psicopedia.org/1723/medir-la-autoestima-con-la-escala-de-rosenberg/>
54. Nasser, O, Marín,C y Mjarro,S. Plan de cuidados enfermeros en el paciente con Síndrome de Guillain Barré en una unidad de cuidados intensivos. [Revista Médica electrónica] 2018 [citado el 29. junio.2018]; [10 pp]: Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-enfermeros-en-el-paciente-con-sindrome-de-guillain-barre-en-una-unidad-de-cuidados-intensivos/>
55. Arce,E, Hernández, T, Hernández, Y,Cordovés, O. Rápida recuperación del síndrome de Guillain Barré por tratamiento fisioterapéutico precoz. [Revista de Ciencias Médicas. La Habana] [en línea] 2016 [citado 10.Dic.2018]; [5pp]:Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2016/cmh161i.pdf>
56. Villareal,E, Castr,M, Dangond,M, Palacio y Pereira, R. Síndrome de Guillain Barré: Aprendiendo a vivir con una discapacidad residuales. [Revista científica salud uninorte] [en línea] 2016 [citado el 10.dic.2018]; [12pp]:Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/8850/9880>

12.- ANEXOS

ANEXO 1. Escala de Discapacidad de Síndrome de Guillain Barré modificada.

La escala Erasmus (EGOS; Erasmus GBS Outcome Score),²¹⁻²³ fue realizada como un modelo pronóstico, la cual se basa en la edad, diarrea, y un puntaje de discapacidad a las dos semanas posteriores a la admisión hospitalaria, la cual predice la probabilidad caminar de forma independiente a los 6 meses.⁵²

TABLA. ESCALA DE DISCAPACIDAD DE SINDROME DE GUILLAIN BARRÉ MODIFICADA.

0. **Saludable**
1. **Síntomas o signos menores de neuropatía, pero capaz de realizar trabajo manual/correr.**
2. **Capaz de caminar sin soporte (5 m. en espacio abierto)**
3. **Confinado a cama o silla**
4. **Requerimiento de ventilación asistida**
5. **Muerte**

Tomado de Hugues R. Swan A. Raphael JC, Annane D. *Koningsveld R, Doorn P. Immunotherapy for Guillain-Barre syndrome: a systematic review. Brain. 2007; 130: 2245-2257.*

⁵² Medina S, Varga D, Rodríguez I, Orozco A y Hernández H. Descripción clínica y relación con la estancia hospitalaria de pacientes con Síndrome de Guillain Barré en un comunitario en México. [Revista Mexicana de Neurociencia] 2015. Abril. [Citado el 7.nov.17] (Vol. 16) (N°2): [16 PP].

ANEXO 2. Jarra del buen beber.

Representación gráfica de los líquidos que debemos consumir, así como la cantidad diaria sugerida para un adulto.

La recomendación se basa en los beneficios que cada bebida proporciona.

Las sugerencias se encuentran en el lado derecho, dadas en vasos o tazas que se pueden ingerir diariamente.⁵³



⁵³ Secretaría de Salud. El plato del bien comer. Nom 043. México [en línea] 2005[Citado el 26 .12.17]:[6pp]; Disponible en: <https://www.gob.mx/issste/articulos/los-beneficios-de-la-jarra-del-buen-beber>

ANEXO 3. Evaluación del Estado Nutricional (Mini nutritional assessment mna).

El estado nutricional puede valorar:

- desnutrición cuando la calificación es menor a 18 puntos,
- riesgo de desnutrición cuando obtenemos resultado mayor de 18, pero menor de 23, y
- normal cuando el reporte es > 23 y < 30, que es el máximo a obtener con esta prueba.

Cada respuesta incorrecta equivale a un punto, se suman para obtener la calificación y establecer si existe o no depresión en el anciano.⁵⁴

Evaluación del Estado Nutricional Mini Nutritional Assessment MNA™	
Nombre:	_____
Apellidos:	_____
Sexo:	_____
Fecha:	_____
Edad:	_____
Peso en kg:	_____
Talla en cm:	_____
Responda la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes y si el resultado es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.	
A. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos tres meses? 0 = anorexia grave 1 = anorexia moderada 2 = sin anorexia	
B. Pérdida reciente de peso (< 3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso	

⁵⁴ Izaola,O, De Luis,D, Cabezas, Rojas, S, Cuellar,L, Terroba,M, etal . Mini Nutritional Assessment (MNA) como método de evaluación nutricional en pacientes hospitalizados. [Rev.An.Med.Interna (Madrid)][en línea] 2005 (vol.22)(nº7) [citado el 26.12.17];[4pp]: Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v22n7/original2.pdf>

<p>C. Movilidad</p> <p>0 = de la cama al sillón</p> <p>1 = autonomía en el interior</p> <p>2 = sale del domicilio</p>							
<p>D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos tres meses?</p> <p>0 = sí</p> <p>2 = no</p>							
<p>E. Problemas neuropsicológicos</p> <p>0 = demencia o depresión grave</p> <p>1 = demencia o depresión moderada</p> <p>2 = sin problemas psicológicos</p>							
<p>F. Índice de masa corporal [IMC = peso/(talla)²] en kg/m²</p> <p>0 = IMC < 19</p> <p>1 = 19 ≤ IMC < 21</p> <p>2 = 21 ≤ IMC < 23</p> <p>3 = IMC ≥ 23</p>							
<p>Evaluación de la primera parte (subtotal máximo, 14 puntos):</p> <p>12 puntos o más = normal; no es necesario continuar la evaluación</p> <p>11 puntos o menos = posible malnutrición; continuar la evaluación</p>							
<p>G. ¿El paciente vive independiente en su domicilio?</p> <p>0 = no</p> <p>1 = sí</p>							
<p>H. Toma más de tres medicamentos al día?</p> <p>0 = sí</p> <p>1 = no</p>							
<p>I. ¿Presenta úlceras o lesiones cutáneas?</p> <p>0 = sí</p> <p>1 = no</p>							
<p>J. ¿Cuántas comidas completas toma al día? (equivalentes a dos platos y postre)</p> <p>0 = 1 comida</p> <p>1 = 2 comidas</p> <p>2 = 3 comidas</p>							
<p>K. El paciente consume:</p> <table border="0"> <tr> <td>• ¿productos lácteos al menos una vez al día? Sí No</td> <td>0.0 = 0 o 1 sí</td> </tr> <tr> <td>• ¿huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? Sí No</td> <td>0.5 = 2 sí</td> </tr> <tr> <td>• ¿carne, pescado o aves, diariamente? Sí No</td> <td>1.0 = 3 sí</td> </tr> </table>		• ¿productos lácteos al menos una vez al día? Sí No	0.0 = 0 o 1 sí	• ¿huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? Sí No	0.5 = 2 sí	• ¿carne, pescado o aves, diariamente? Sí No	1.0 = 3 sí
• ¿productos lácteos al menos una vez al día? Sí No	0.0 = 0 o 1 sí						
• ¿huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? Sí No	0.5 = 2 sí						
• ¿carne, pescado o aves, diariamente? Sí No	1.0 = 3 sí						
<p>L. ¿Consume frutas o verduras al menos dos veces al día?</p> <p>0 = no</p> <p>1 = sí</p>							

<p>M. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, jugo, café, té, leche, vino, cerveza, etc.)</p> <p>0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos</p>
<p>N. Forma de alimentarse</p> <p>0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad</p>
<p>O. ¿Considera el paciente que está bien nutrido? (problemas nutricionales)</p> <p>0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición</p>
<p>P. En comparación con las personas de su edad, ¿cómo encuentra el paciente su estado de salud?</p> <p>0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor</p>
<p>Q. Circunferencia braquial (CB en cm)</p> <p>0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22</p>
<p>R. Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)</p> <p>0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31</p>
<p>Evaluación de la segunda parte (máximo 16 puntos) + resultado de la primera parte = evaluación global (máximo 30 puntos) Evaluación del estado nutricional De 17 a 23.5 puntos = riesgo de malnutrición Menos de 17 puntos = malnutrición</p>

<https://goo.gl/SKPPX3>

ANEXO 4. Índice de Masa Corporal IMC

El Índice de Masa Corporal IMC es una razón matemática que asocia la masa y la talla de un individuo, ideada por el estadístico belga Adolphe Quetelet; por lo que también se conoce como índice de Quetelet.⁵⁵

Clasificación.	Riesgo de comorbilidad*	Riesgo de comorbilidad* en relación al perímetro de cintura aumentado: Hombres > 90 cm Mujeres > 80 cm	Puntos de corte principales
Bajo peso	Bajo pero con riesgo para otros problemas clínicos	-----	< 18.50
Delgadez severa			< 16.00
Delgadez moderada			16.00 – 16.99
Delgadez leve			17.00 – 18.49
Intervalo normal	-----	Aumentado	18.50 - 24.99
Sobrepeso	Aumentado		Alto
Pre-obesidad			25.00 – 29.99
Obesidad	Alto	Muy alto	≥ 30
Obesidad grado I			30.00 – 34.99
Obesidad grado II	Muy alto	Extremadamente alto	35.00 – 39.99
Obesidad grado III	Extremadamente alto		> 40

⁵⁵ Sámano, R, Rodríguez, Sánchez, B, Godínez, Noriega, Garza, M, et al. Satisfacción de la imagen corporal en adolescentes y adultos mexicanos y su relación con la autopercepción corporal y el índice de masa corporal real. [Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal][en línea] 2015 [citado el 26.12.17];[8pp]:Disponible en : <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309235369011.pdf>

ANEXO 5. Índice de Cintura cadera, ICC.

El índice cintura-cadera (IC-C) es una medida antropométrica específica para medir los niveles de grasa intraabdominal. Matemáticamente es una relación para dividir el perímetro de la cintura entre el de la cadera.⁵⁶

Índice Cintura Cadera, ICC.

Valores de circunferencia abdominal según NIH				
Sexo	Nivel idóneo	Zona de Alerta	Nivel de Acción	Interpretación
Hombres	90 cm.	> 94 cm.	> 102 cm.	ICC = 0,78-0,94 normal para hombres. Limite.
Mujeres	80 cm.	> 80 cm.	> 88 cm.	ICC = 0,71-0,85 normal para mujeres. Limite. 0.8

⁵⁶ Polo,E y Del Castillo, M. El índice de cintura cadera. [Rev. Centro de Medicina Deportiva] [en línea] 2006[citado el 26.12.17]: Disponible en: <https://goo.gl/TT5G23>

ANEXO 6. Escala de Bristol. Evacuación de heces.

La escala de Bristol fue desarrollada y validada en esta ciudad por el grupo de Heaton para evaluar de forma descriptiva y gráfica 7 tipos de heces, según su forma y consistencia. La importancia de esta escala es que permite al paciente ver un dibujo con la forma de las heces y, además, al lado del mismo se explica minuciosamente la consistencia y la forma poniendo ejemplos fácilmente reconocibles (por ejemplo, en el tipo 1, junto a un dibujo en color de heces con forma de bolas separadas se le explica: “heces bolas duras y separadas. Como frutos secos”). El paciente únicamente tiene que seleccionar el tipo de heces que, por el dibujo y la descripción, más se aproxima a la forma y consistencia de las heces observadas tras la deposición. La escala está estructurada del 1 al 7 según la forma y dureza, de más dura (tipo 1) a líquido total (tipo 7).⁵⁷

Escala de Bristol

Tipo 1		Trozos duros separados, como nueces
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero grumosa
Tipo 3		Con forma de salchicha, pero con grietas
Tipo 4		Con forma de salchicha, como serpiente lisa y suave
Tipo 5		Bolas suaves con bordes definidos
Tipo 6		Trozos suaves con los bordes desiguales
Tipo 7		Acuosa, sin trozos sólidos Totalmente líquida

<https://goo.gl/7x4aty>

⁵⁷ Mínguez, M y Benages, A. Escala de Bristol: ¿un sistema útil para valorar la forma de las heces? [Revista española de enfermedades digestivas] [en línea] mayo 2009 (vol. 101) (nº5) [Citado el 26.12.17]; [7pp]: Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v101n5/editorial.pdf>

ANEXO 7. Escala de Armstrong.

Esta escala sirve para conocer el estado de hidratación mediante el color de una forma rápida y barata. Mientras más cerca del #1 se encuentra el color de la orina, más hidratada esta la persona.⁵⁸



<https://goo.gl/dp2zmY>

⁵⁸ S/A. Metodología, escala de Armstrong. [en línea]: Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lct/ramirez_s_mj/capitulo6.pdf

ANEXO 8. Cuestionario para calidad de vida en pacientes con Incontinencia Urinaria ICIQ-SF.

El cuestionario es un instrumento que se diseña para medir objetivamente fenómenos subjetivos como los síntomas y su impacto en la calidad de vida -con toda la dificultad que ello puede tener de la mejor manera posible. El cuestionario auto administrado es un tipo de entrevista personal en que las preguntas están establecidas en una cédula preestablecida que el sujeto o la paciente lee y responde por escrito; estos cuestionarios auto administrados son de fácil realización, su costo no es excesivo y al no estar expuestos a sesgos del entrevistador permiten analizar los problemas desde la perspectiva de los entrevistados o pacientes.⁵⁹

Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF

El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) es un cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida.
Puntuación del ICIQ-SF: suma las puntuaciones de las preguntas 1+2+3.
Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero

1. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (marque sólo una respuesta).

- Nunca0
- Una vez a la semana 1
- 2-3 veces/semana 2
- Una vez al día 3
- Varias veces al día 4
- Continuamente5

2. Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.

- No se me escapa nada 0
- Muy poca cantidad 2
- Una cantidad moderada 4
- Mucha cantidad 6

3. ¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado su vida diaria?

- | | | | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Nada | | | | | | | | | Mucho |

4. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a Ud.

- Nunca.
- Antes de llegar al servicio.
- Al toser o estornudar.
- Mientras duerme.
- Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio.
- Cuando termina de orinar y ya se ha vestido.
- Sin motivo evidente.
- De forma continua.

<https://goo.gl/e4HbB7>

⁵⁹ Busquets, M y Serrat, R. Validación del cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) en una población chilena usuaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA). [Rev Med Chile][en línea] 2012 [Citado el 26.12.17]: [7pp]: Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v140n3/art09.pdf>

ANEXO 9. Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)

El IHOS consta de dos elementos: un índice de desechos o placa bacteriana simplificado (DI-S, por sus siglas en inglés simplified debris index), un índice de cálculo simplificado (CI-S, por sus siglas en inglés simplified calculus index).⁶⁰

Sistema de registro de placa bacteriana.

Descripción de hallazgos clínicos	Grado	Descripción grafica
Ausencia de placa bacteriana o desechos alimenticios superficie examinada	0	
Si se encuentra placa bacteriana cubriendo hasta 1/3 de la superficie dental	1	
Presencia de placa bacteriana cubriendo más de 1/3 con o sin manchas extrínsecas	2	
Presencia de placa bacteriana cubriendo más de 2/3 de la superficie examinada, podrá o no haber manchas extrínsecas.	3	

Suma de índice de P.B

_____ = Promedio P.B.

Nº de dientes examinados

Sistema de registro del cálculo.

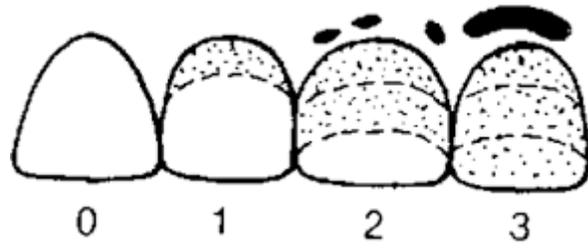
Descripción de hallazgos clínicos	Grado	Descripción grafica
Ausencia de cálculo	0	
Cálculo supragingival que cubre no más de 1/3 de la superficie dental expuesta	1	

⁶⁰ Moses, A. Caries dental asociada al índice de higiene oral simplificado en niños de 6 a 12 años de una institución educativa pública del distrito de Ate. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas [en línea] 2013.[citado el 26.12.17];[88.pp]: Disponible en: http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/322242/1/Moses_AA.pdf

Presencia de cálculo supragingival que cubre más de 1/3, pero menos de 2/3 de la superficie dental expuesta o hay presencia de vetas individuales de cálculo subgingival alrededor de la porción cervical del diente, o ambos

Cálculo supragingival que cubre más de 2/3 de la superficie dental expuesta, o hay una banda gruesa continua de cálculo subgingival alrededor de la parte cervical del diente, o ambos

2



3

Anexo 10. Índice de Barthel.

La escala o índice de Barthel es una escala diseñada por Mahoney y Barthel en 1955 y desde entonces es utilizada para medir la capacidad individual de realizar las actividades básicas de la vida diaria que consiste en asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia, asignando un valor a cada actividad según el tiempo requerido para su realización y la necesidad de asistencia para llevarla a cabo.

Las AVD (ítems) que se incluyen en el índice original son diez: comer, el desplazamiento silla/sillon-cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, y la continencia. Las actividades se valoran de forma diferente como se puede observar en la propia escala y el rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente).⁶¹

Índice Barthel		
Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
		15

⁶¹ Cid, J y Damián, J. Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. [Revista española de salud pública][en línea] 2007 [citado el 26.12.17]; [12pp]: Disponible en : <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>

Índice Barthel

Actividad	Descripción	Puntaje
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz 2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta 3. Independiente para subir y bajar	0 5 10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente 2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda 3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	0 5 10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema) 2. Accidente excepcional (uno/semana) 3. Continente	0 5 10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa 2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas) 3. Continente, durante al menos 7 días	0 5 10

<https://goo.gl/ogcnyv>

ANEXO 11. Escala de Lawton y Brody.

Se puntúa cada área conforme a la descripción que mejor se corresponda con el sujeto. Por tanto, cada área puntúa un máximo de **1 punto** y un mínimo de **0 puntos**. La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de **0 puntos**, mientras que una suma de **8 puntos** expresaría una independencia total.

Esta escala es más útil en mujeres, ya que muchos varones nunca han realizado algunas de las actividades que se evalúan.⁶²

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA	
Paciente.....	Edad..... Sexo.....
Anotar con la ayuda del cuidador principal, cual es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividad instrumental de la vida diaria	
ESCALA DE ACTIVIDAD INSTRUMENTAL DE LA VIDA DIARIA	
	Puntos
A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos	1
3. Contesta el teléfono pero no marca	0
4. No usa el teléfono	0
B. IR DE COMPRAS	
1. Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
2. Compra con independencia pequeñas cosas	0
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra	0
4. Completamente incapaz de ir de compras	0
C. Preparación de la comida	
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes	0
3. Caliente y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada	0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida	0
D. CUIDAR LA CASA	
1. Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar los platos o hacer camas	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa	1
5. No participa en ninguna tarea doméstica	0
E. LAVADO DE ROPA	
1. Realiza completamente el lavado de ropa personal	1
2. Lava ropa pequeña	1
3. Necesita que otro se ocupe del lavado	0
F. MEDIO DE TRANSPORTE	
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche	1
2. Capaz de organizar su propio transporte usando taxi, pero no usa transportes públicos	1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1
4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	0
5. No viaja	0
G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN	
1. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas	1
2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas	0
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0
H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO	
1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos	1
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc...	1
3. Incapaz de manejar dinero	0
Máxima dependencia 0 puntos	Independencia total 8 puntos

Figura 21. Escala de Lawton y Brody.

goo.gl/DZ2tnZ

⁶² Cid, J y Damián, J. Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. [Revista española de salud pública][en línea] 2007 [citado el 26.12.17]; [12pp]: Disponible en : <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>

ANEXO 12. Escala de Tinetti. Marcha y Equilibrio.

Las alteraciones de la marcha y el equilibrio son los principales factores que las generan, con un rango de valores ajustados de riesgo relativo entre 1.2–2.2 y 1.2–2.4, respectivamente. La escala de Tinetti de marcha y equilibrio ha demostrado ser una herramienta válida y confiable para la evaluación de la movilidad (r 0.74–0.93), además, tiene una alta fiabilidad inter-observador (0.95).⁶³

Escala de Tinetti para la marcha

<p>MARCHA (el paciente está de pie; debe caminar a lo largo, inicialmente con su paso habitual, luego con un paso más rápido pero seguro. Puede usar auxilios).</p>	
10. Inicio de la deambulaci3n (inmediatamente despu3s de la partida)	
0	- con una cierta inseguridad o m3s de un intento
1	- ninguna inseguridad
11. Longitud y altura de paso	
Pie derecho	
0	-durante el paso el pi3 derecho no supera al izquierdo
1	-el pi3 derecho supera al izquierdo
0	- el pi3 derecho no se levanta completamente del suelo
1	- el pi3 derecho se levanta completamente del suelo
Pi3 izquierdo	
0	-durante el paso el pi3 izquierdo no supera al derecho
1	-el pi3 izquierdo supera al derecho
0	- el pi3 izquierdo no se levanta completamente del suelo
1	- el pi3 izquierdo se levanta completamente del suelo
12. Simetría del paso	
0	- el paso derecho no parece igual al izquierdo
1	- el paso derecho e izquierdo parecen iguales
13. Continuidad del paso	
0	- interrumpido o discontinuo (detenciones o discordancia entre los pasos)
1	- continuo
14. Trayectoria	
0	- marcada desviaci3n
1	- leve o moderada desviaci3n o necesita auxilios
2	- ausencia de desviaci3n y de uso de auxilios
15. Tronco	
0	- marcada oscilaci3n
1	- ninguna oscilaci3n, pero flexiona rodillas, espalda y abre brazos durante la marcha
2	- Ninguna oscilaci3n ni flexi3n ni uso de brazos o auxilios
16. Movimiento en la deambulaci3n	
0	- los talones est3n separados
1	- los talones casi se tocan durante la marcha
Puntaje marcha: ____ / 12	
SUMA DE PUNTAJES: EQUILIBRIO + MARCHA: ____ / 28	
Notas: _____	

goo.gl/URqQej

⁶³ Rodríguez, C y Helena, L. Validez y confiabilidad de la Escala de Tinetti para la poblaci3n colombiana [Revista colombiana de Reumatología] [en línea] 2012 (vol.19)(n°4)[citado el 26.12.17];[16pp]: Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-reumatologia-374-articulo-validez-confiabilidad-escala-tinetti-poblacion-S0121812312700178>

Escala de Tinetti para equilibrio

Equilibrio (el sujeto está sentado en una silla rígida, sin apoyo para brazos)		
1. Equilibrio sentado		
0 -se inclina o se desliza de la silla		
1 - está estable y seguro		
2. Levantarse de la silla		
0 - es incapaz sin ayuda		
1 - se debe ayudar con los brazos		
2 - se levanta sin usar los brazos		
3. En el intento de levantarse		
0 - es incapaz sin ayuda		
1 - es capaz pero necesita más de un intento		
2 - es capaz al primer intento		
4. Equilibrio de pie (los primeros 5 segundos)		
0 - inestable (vacila, mueve los pies, marcada oscilación del tronco)		
1 - estable gracias al bastón u otro auxilio para sujetarse		
2 - estable sin soporte o auxilios		
5. Equilibrio de pie prolongado		
0 - inestable (vacila, mueve los pies, marcada oscilación del tronco)		
1 - estable pero con base de apoyo amplia (maléolos mediales mayor a 10 cm) o usa auxiliar		
2 - estable con base de apoyo estrecha, sin soporte o auxilios		
6. Romberg sensibilizado (con ojos abiertos, pies juntos, empujar levemente con la palma de la mano sobre el esternón del sujeto en 3 oportunidades)		
0 - comienza a caer		
1 - oscila, pero se endereza solo		
2 - estable		
7. Romberg (con ojos cerrados e igual que el anterior)		
0 - inestable		
1 - estable		
8. Girar en 360°		
0 - con pasos disminuidos o movimiento no homogéneo		
1 - con pasos continuos o movimiento homogéneo		
0 - inestable (se sujeta, oscila)		
1 - estable		
9. Sentarse		
0 - inseguro (equivoca distancia, cae sobre la silla)		
1 - usa los brazos o tiene movimiento discontinuo		
2 - seguro, movimiento continuo.		
Puntaje de equilibrio: ____ / 16		

ANEXO 13. Escala de Ashworth modificada.

Bohanson y Smith (1987) modificaron la escala de Ashworth (Escala de Ashworth Modificada) agregando un nivel que incorpora el ángulo en el que aparece la resistencia y controlando la velocidad de movimiento pasivo con un recuento de 1 segundo, siendo el método más comúnmente utilizado.

La escala de Ashworth modificada tiene como puntos a favor que es fácil de utilizar, sirve para todas las articulaciones (aunque la utilidad de la escala es mejor en la extremidad superior), está ampliamente difundida y posee una alta fiabilidad interobservador al igual que una buena reproducibilidad si se mide en las mismas condiciones. Como punto en contra, está el que sea poco discriminativa (existe ambigüedad entre los grados "1" y "1+") y poco sensible, pues hay una necesidad de estandarizar los métodos para aplicar estas escalas en la práctica clínica e investigación.⁶⁴

Escala de Ashworth Modificada	
0	No aumento del tono
1	Ligero aumento de la respuesta del músculo al movimiento (flexión o extensión) visible con la palpación o relajación, o sólo mínima resistencia al final del arco del movimiento
1+	Ligero aumento de la respuesta del músculo al movimiento en flexión o extensión seguido de una mínima resistencia en todo el resto del arco de recorrido (menos de la mitad)
2	Notable incremento en la resistencia del músculo durante la mayor parte del arco del movimiento articular, pero la articulación se mueve fácilmente
3	Marcado incremento en la resistencia del músculo; el movimiento pasivo es difícil
4	Las partes afectadas están rígidas en flexión o extensión cuando se mueven pasivamente

<https://goo.gl/P1ZuNi>

⁶⁴ Arturo, C y Milena, J. Escala de Ashworth modificada [Rev. Fisioterapia] [en línea] 2005 [citado el 26.12.17]; [8pp]: Disponible en: <https://www.efisioterapia.net/articulos/validacion-escala-ashworth-modificada>

ANEXO 14. Escala Visual Análoga. (EVA).

La forma más común de medir el dolor clínico es pedir a un paciente que nos indique la intensidad del mismo y cuantificarlo a través del uso de escalas analógicas, así como complementar la medición con otros instrumentos que tengan en cuenta los criterios que influyen en la aparición del dolor (edad, factores conductuales, cognitivos, sociales, clínicos, etc.), lo que parece constituir un método válido, simple y fiable para determinar el grado e intensidad de dolor.

Entre las múltiples escalas diseñadas para valorar subjetivamente la intensidad del dolor, las más comunes son las unidimensionales, entre las que se recomiendan (4) para la valoración del dolor en adultos: la Escala Verbal Simple (EVS) [Verbal Rating Scale, VRS] la Escala Visual Análoga (EVA) [visual Analogue Scale, VAS] y la Escala Verbal Numérica (EVN) [Verbal Numerical Rating Scale, VNRS].⁶⁵



<https://goo.gl/kxiS4f>

⁶⁵ Camacho, L, Pesado, J y Rumbo, J. Opinión de enfermería y concordancia entre las escalas visual analógica, verbal simple y numérica, en la valoración del dolor agudo como 5ª constante vital. [Rev. Ene] [en línea] 2016 (vol.10)(nº1) [citado el 26.12.17]: Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000100006

ANEXO 15. Escala de Caídas de Downton. Riesgo de Caídas.

Evalúa caídas previas, medicamentos (ninguno, diuréticos, antiparkinsonianos, hipotensores no diuréticos, antidepresivos), déficits sensitivo-motores (ninguno, alteraciones auditivas, alteraciones visuales, en miembros como ictus o neuropatías), estado mental (orientado, confuso), marcha (segura con ayuda, insegura con/sin ayuda, imposible), edad (< 65 años o > 65). Asigna calificaciones de 0 y 1, con 2 o más puntos se consideran de alto riesgo.⁶⁶

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON)		
Caídas previas	Si	1
	No	0
Medicamentos	Tranquilizantes, sedantes.	1
	Diuréticos hipotensores no diuréticos.	1
	Anti parkinsonianos, antidepresivos, otros.	1
Déficit sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales o auditivas	1
Estado Mental	Orientado	0
	Confuso	1
	Agitación Psicomotora	1
Deambulación	Normal	0
	Asistida con elementos de apoyo	1
	Reposo absoluto postrado	1
Puntaje total		
Interpretación de resultados		
Riesgo Bajo: 0 a 2 puntos	Verde	
Riesgo medio: 3 a 4 puntos	Amarillo	
Riesgo Alto: 5 a 9 puntos	Rojo	

<https://goo.gl/uiq3mu>

⁶⁶ Bueno, M, Roldan, M, Rodriguez, J, Meroño, D, Dávila, R, Berenguer, N. Características de la escala de Downton en la valoración de riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. [Revista Enfermería clínica] [en línea] 2017 (vol27)[citado el 26.12.17]: Disponible en : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862117300256>

ANEXO 16. Escala de Braden. Para úlceras por presión.

La escala de Braden consiste de seis subescalas: percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición y fricción y cizallamiento. El puntaje total puede variar de 6 a 23 puntos, siendo los pacientes clasificados de la siguiente forma: riesgo muy alto (puntajes iguales o menores que 9), riesgo alto (puntajes de 10 a 12 puntos), riesgo moderado (puntajes de 13 a 14 puntos), bajo riesgo (puntajes de 15 a 18 puntos) y sin riesgo (puntajes de 19 a 23 puntos).⁶⁷

Escala de Braden					
Valoración	Puntuación	1	2	3	4
Percepción sensorial		Completamente limitada.	Muy ilimitada.	Ligeramente limitada.	Sin limitaciones.
Exposición a la humedad		Constantemente húmeda.	A menudo húmeda.	Ocasionalmente húmeda.	Raramente húmeda.
Actividad		Encamado/a.	En silla.	Deambulacion ocasional.	Deambulacion frecuente.
Movilidad		Completamente inmóvil.	Muy limitada.	Ligeramente limitada.	Sin limitaciones.
Nutrición		Muy pobre.	Prevalente inadecuada.	Adecuada.	Excelente.
Roce y peligro de lesiones		Problema.	Problema potencial.	No existe problema aparente	Riesgo de presenta UPP
Puntuación obtenida					
Interpretación.					
17 – 23 puntos				Riesgo mínimo	
15-16 puntos				Riesgo bajo	
13-14 puntos				Riesgo moderado	
6-12 puntos				Riesgo alto	

<https://goo.gl/uAfsh8>

⁶⁷ Faria, L, Conceicao, V, Goncalves, T, Queiroz, M. Validez predictiva de la escala de Braden para el riesgo de desarrollo de úlcera por presión, en pacientes críticos. [Rev. Latino-Am Enfermagem] [en línea] 2011[citado el 26.12.17];[8pp]: Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/es_08.pdf

ANEXO. 17. Test Minimental de Folstein (SMMT). Deterioro cognoscitivo.

El test Minimental de Folstein (SMMT, por sus siglas en inglés), que evalúa memoria, orientación, concentración, lenguaje, atención y cálculo ya tiene varios años de haber sido elaborado y sometido a muchas críticas, sigue siendo la prueba de oro para realizar el tamizaje del deterioro cognoscitivo, y al mismo tiempo es la base para conocer la evolución del paciente con demencia.⁶⁸

Test Minimental de Folstein (SMMT).	
Memoria, Orientación , Concentración, Lenguaje, Atención y Cálculo	
Evaluación	Máximo puntaje obtenido
Orientación	
1. ¿Cuál es el año en que estamos?	1
¿En qué estación del año estamos?	1
¿Cuál es la fecha actual?	1
¿Qué día de la semana es?	1
¿En qué mes estamos?	1
2. ¿En qué país estamos?	1
¿Cómo se llama el estado donde vivimos?	1
¿En qué ciudad estamos ahora?	1
¿Cuál es el lugar donde nos encontramos ahora?	1
¿En qué consultorio estamos?	1
Concentración	
3. Nombre tres objetos, en un segundo cada uno, —papelll, —bicicletall, —cucharall	3
Pida que repita los tres nombres	
Los puede repetir hasta tres veces para que el paciente los aprenda	
Atención y cálculo	
4. Pida al paciente que cuente en forma regresiva de 4 en 4 a partir de 40 (40, 36, 32, 28, etc.)	5
Ordene suspender después de 5 intentos	
Como alternativa, que diga MUNDO al revés (ODNUM)	
Memoria	
5. Pregunte al paciente el nombre de los tres objetos indicados en la pregunta 3	3
Lenguaje	
6. Enséñele al paciente un lápiz y un reloj y pídale que los repita según se los muestre	2
7. Debe repetir —yo no voy si tú no llegas tempranoll	1
8. Debe realizar la siguiente acción en tres etapas: —tome esta hoja de papel con su mano derecha, dóblela a la mitad y colóquela en el pisoll	1
9. Solicite que lea y ejecute lo que está escrito: —CIERRE SUS OJOSll	2
10. Pídale que escriba una oración que contenga sujeto, verbo y predicado	1
11. Pídale que copie los pentágonos entrelazados	1
	Lo que interesa es el cruzamiento de ambos pentágonos

⁶⁸ Samper,J, Llibre, J, Sánchez, C, Pérez, Morales, E, Sosa,S, etal. Mini examen mental en sujetos con deterioro cognitivo leve. [Revista cubana de medicina militar] 2012 [citado el 26.12.17]; [8pp]: Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v41n2/mil02212.pdf>

A la calificación reunida se califica.

- ✓ normal cuando el puntaje es superior a 25,
- ✓ deterioro leve entre 20 y 24,
- ✓ deterioro moderado entre 16 y 19, y
- ✓ deterioro grave menor de 15; sin embargo,
- ✓ resultado entre 20 y 24 puntos puede comprometer el diagnóstico de depresión y no necesariamente el de deterioro cognoscitivo.
- ✓ Se considera un corte en 18 puntos para las analfabetas.

ANEXO 18. Escala de Daniel's. Fuerza Muscular.

La escala Daniel's, es una escala validada internacionalmente; ésta se encarga de la valoración muscular de forma manual.⁶⁹

Escala de Daniel's	
Grados	Respuesta muscular
Grado 0.	Ninguna respuesta muscular
Grado 1.	El músculo realiza una contracción palpable o visible aunque no se evidencie movimiento.
Grado 2.	El músculo realiza todo el movimiento de la articulación una vez se le libera del efecto de la gravedad.
Grado 3.	El músculo realiza todo el movimiento contra la acción de la gravedad, pero sin sugerirle ninguna resistencia.
Grado 4.	El movimiento es posible en toda su amplitud, contra la acción de la gravedad y sugiriéndole una resistencia manual moderada.
Grado 5.	El músculo soporta una resistencia manual máxima

<https://goo.gl/E7af7>

⁶⁹ Carrillo, P y Barajas, K. Exploración neurológica básica para el médico general. [Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM][en línea] 2016 [citado el 26-12.17]; [15pp]: Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2016/un165h.pdf>

ANEXO 19. Apego Terapéutico.

Hotz, Kaptein, Pruitt, Sánchez Sosa y Willey (2003) señalan que la adherencia es “...un proceso conductual complejo determinado por varios factores en interacción: atributos del paciente, medio ambiente del paciente (el cual comprende apoyos sociales, características del sistema de salud, funcionamiento del equipo de salud, y disponibilidad y accesibilidad de los recursos de salud) y características de la enfermedad en cuestión y su tratamiento” ⁷⁰

Tabla 1. Alphas de Cronbach generales de la Escala de Adherencia Terapéutica (EAT)

Items	Alpha
1) Ingiere mis medicamentos de manera puntual	.887
2) No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada	.888
3) Me hago análisis en los periodos que el médico me indica	.887
4) Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto	.883
5) Asisto a mis consultas de manera puntual	.890
6) Atiendo a las recomendaciones del médico en cuanto a estar al pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud	.893
7) Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero, como por ejemplo, no fumar o ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena	.885
8) Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite	.888
9) Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento	.890
10) Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud	.888
11) Cuando me dan resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento	.887
12) Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento	.896
13) Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida tomar mis medicamentos	.889
14) Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento aunque no este concluido	.892
15) Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento	.888
16) Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago	.898
17) Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos	.896
18) Como me lo recomienda el médico, me hago mis análisis clínicos periódicamente aunque no esté enfermo	.902
19) Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad	.896
20) Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago lo que esté en mis manos para aliviarme	.892
21) Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo	.886

<https://goo.gl/AvK16>

⁷⁰ Soria, R, Vega, C y Nava, C, Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos [Rev. Alternativas en psicología] [en línea] 2009 (vol.14)(n°20) [citado el 26.12.17];[8pp]: Disponible en : http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008

ANEXO. 20



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN



TERMOTERAPIA

La **TERMOTERAPIA** es la aplicación de calor en sus diferentes grados sobre el organismo con fines terapéuticos. Esta aplicación se da mediante agentes térmicos, los cuales son materiales que están en una temperatura mayor a los límites fisiológicos.



<https://goo.gl/Y5BZeW>

Efectos de la termoterapia

- Acción antiinflamatoria (combate inflamaciones en estadio crónico).
- Acción analgésica.
- Acción antiespasmódica.
- Mejora la restauración celular.



El límite de calor está limitado por la sensibilidad del paciente y la tolerancia que este tenga hacia él.



<https://goo.gl/UyYfUj>



<https://goo.gl/Z4ZDKE>

Indicaciones

- ◆ Enfermedades osteomusculares y reumáticas.
- ◆ Desgarros musculares.
- ◆ Contracturas musculares.
- ◆ Espasmos.
- ◆ Procesos inflamatorios crónicos y sub agudos.
- ◆ Trastornos de la circulación periférica.



Compresa húmeda caliente:
Alcanza temperaturas de 71.1 a 79.4 grados C



<https://goo.gl/sD0a19>

Contraindicaciones

Al aplicar calor como medio terapéutico hay que tener cuidado y preferiblemente evitarlo y sustituirlo por otro agente en casos de:

- Hipotensión grave.
- Hemorragia activa.
- Insuficiencia hepática.
- Inflamación aguda.
- Problemas renales.
- Trastornos dérmicos activos.
- Alteraciones de la sensibilidad.

ALUMNA: L.E.O. MA. ISABEL ESTRADA NIETO
TUTORA: E.E.R. NOHEMI RAMIREZ GUTIERREZ

Arce, C. Termoterapia. [En línea] 2015 [Citado el 20.02.18]:[7pp]
Disponible en : <http://www.arcesw.com/termoterapia.pdf>



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA EN REHABILITACION



Ejercicios de Calentamiento y Enfriamiento



- Beneficios del Calentamiento:**
- A) Evita lesiones musculares**
 - B) Aumenta el movimiento articular.**
 - C) Retrasa la fatiga.**
 - D) Prepara psicológicamente.**



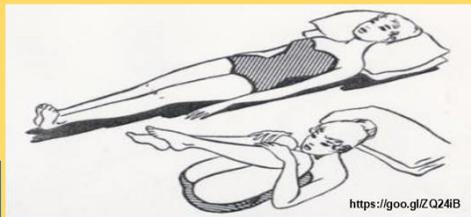
El calentamiento general, suele comenzar con la parte de *Actividad Vegetativa*, que consiste en una carrera a una intensidad baja o moderada.

La Movilidad Articular, en la que se moverán las articulaciones más importantes del cuerpo. Esta parte del calentamiento es dinámica, es decir, todos los ejercicios requieren de un movimiento constante de la articulación.

Los Estiramientos se trabajan los principales músculos del cuerpo, que suelen ser músculos grandes y que intervienen en la mayoría de los movimientos que vamos a realizar .

El Enfriamiento. Es el conjunto de ejercicios que se realizan con el objetivo de volver al estado de reposo, después de someter al cuerpo a una sesión de actividad física .

ALUMNA: L.E.O. MA. ISABEL ESTRADA NIETO
 TUTORA: E.E.R. NOHEMI RAMIREZ GUTIERREZ



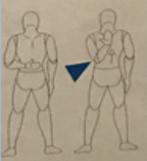
Bibliografía: Sobejano, M. [En línea] 2011 [Citado el 20.02.18]:[5pp] Disponible en : <https://msobejano.files.wordpress.com/2010/11/el-calentamiento-y-el->

ANEXO. 22

Posición 7:
 Levante un brazo por arriba de su cabeza con el codo flexionado, tocando con su mano la nuca. Ayudese con la otra mano empujando el brazo que esta doblado hacia abajo hasta sentir un estiramiento del hombro. Repetir 15 veces con cada brazo.



Posición 8:
 Lleve un brazo por detrás de su cintura, tocando la espalda con el dorso de la mano. Intente subirla pegada a la espalda hasta sentir estiramiento del hombro. Repetir 15 veces con cada brazo.



Directorio ENEO
Dra. María Dolores Zarza Arismendi
 Directora
 Dra. Ma. De los Angeles Torres Lagunas
 Jefa de División de Estudios de Posgrado
 Mtra. Ma. Elena García Sánchez
 Secretaria Académica
 Lic. Marcela Díaz Mendoza
 Coordinadora PUUE
Directorio INR
 Dr. José Clemente Ibarra Ponce de León
 Director general del INR
 Dra. Matilde L. Enríquez Sandoval
 Directora de Educación en Salud
 MAH. Leticia González González
 Subdirectora de Enfermería
 D. en C. Martín Pantoja Herrera
 Jefe del departamento de enseñanza e Investigación en Enfermería
 L.E.O. Nohemí Ramírez Gutiérrez
 Coordinadora del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación

AV. MÉXICO XOCHIMILCO #289 COL. ARENAL
 DE GUADALUPE CP 14389 DELEGACION
 TLALPAN
 TELÉFONO 59991000






Universidad Nacional Autónoma de México
 Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
 División de Estudios de Posgrado
 Posgrado de enfermería en Rehabilitación

**EJERCICIOS DE REHABILITACION
 PARA MOVILIZACION Y FORTALECIMIENTO
 DE HOMBRO-CODO**

ALUMNA: LEO. MARIA ISABEL ESTRADA
 NIETO.

EJERCICIOS DE HOMBRO - CODO

Los siguientes ejercicios tienen como objetivo la movilización y fortalecimiento del músculo deltoides, músculos del brazo, antebrazo, bíceps braquial, tríceps y supinador largo entre otros.

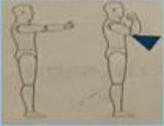
Posición 1:
 Brazos relajados al frente y abajo; tome el palo con las dos manos. Suba los brazos, con los codos estirados, por encima de la cabeza.
 Repetir 15 veces.



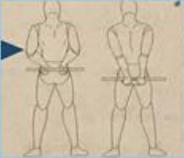
Posición 2:
 Brazos estirados al frente, codos estirados; tome el palo con las dos manos y sin mover la cintura lleve los brazos de un lado al otro.
 Repetir 15 veces hacia cada lado.



Posición 3:
 Brazos relajados al frente y abajo; tome el palo con las manos, con las palmas hacia arriba. Flexione y estire los codos.
 Repetir 15 veces.



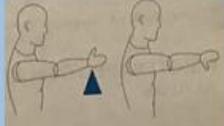
Posición 4:
 Tome el palo con las dos manos por detrás de su espalda.
 Despegue sus brazos hacia atrás estirando los codos, sin inclinar el cuerpo hacia adelante.



Posición 5:
 Levante un brazo por arriba de su cabeza, con el codo estirado. Flexione y estire el codo intentando tocar la oreja contraria sin bajar el brazo.
 Repetir 15 veces con cada brazo.



Posición 6:
 Brazos estirados al frente, codos y manos estiradas. Rote sobre sí mismos sus brazos, de tal forma que una vez vea el dorso de sus manos y otra la palma. Repetir 15 veces.



Bibliografía:
 Koike, et al. Koike. Medicina física y rehabilitación, 3ª edición, editorial Panamericana, Argentina, 1990.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA EN REHABILITACION



Ejercicios de Rehabilitación

Los siguientes ejercicios son para mejorar:

- Movilización y fortalecimiento de psoas iliaco y extensores de la rodilla.
- Fortalecimiento de musculo cuádriceps.
- Fortalecimiento de glúteo medio y mayo.
- Movilización y fortalecimiento abductores, aductores, rotadores internos y externos de la cadera.

1. POSICION:
 Acostado boca arriba.
 Con la rodilla estirada levante una pierna lo más alto que pueda y bájela, alterne con la otra pierna.
 Repetir 15 veces con cada pierna.

2. POSICION:
 Acostado boca arriba.
 Coloque un cojín pequeño debajo de su rodilla y comprímalo hacia abajo haciendo el esfuerzo con el muslo.
 Repetir 20 veces con cada pierna.

3. POSICION:
 Acostado de lado.
 Semiflexione la pierna que queda abajo, la de arriba estírela y elévela lo más que pueda sin doblar la rodilla.
 Repetir 15 veces con cada pierna.

4. POSICION:
 Acostado boca abajo.
 Con la rodilla estirada levante una pierna lo más alto que pueda haciendo el esfuerzo con el glúteo, bájela y alterne con la otra pierna.
 Repetir 15 veces con cada pierna.

5. POSICION:
 De pie.
 Tome con las dos manos el respaldo de una silla. Abra y cierre una pierna estirada cruzando por delante de la pierna que está estática.
 Repetir 15 veces con cada pierna.

6. POSICION:
 De pie.
 Tome con una mano el respaldo de una silla. Flexione y eleve la cadera y la rodilla y abra la pierna doblada en el aire.
 Repetir 15 veces con cada pierna.

7. POSICION:
 De pie.
 Tome con una mano el respaldo de una silla. Flexione y eleve la cadera y la rodilla y cierre la pierna doblada en el aire.
 Repetir 15 veces con cada pierna.

8. POSICION:
 Sentado.
 Estire la pierna haciendo fuerza con el muslo, dirigiendo la punta del pie hacia el techo.
 Repetir 15 veces con cada pierna.

9. POSICION:
 Sentado.
 Estire la pierna haciendo fuerza con el muslo, dirigiendo la punta del pie hacia dentro.
 Repetir 15 veces con cada pierna.

Nota: Los ejercicios en posición de pie se realizara , sentado.

Alumna: L.E.O. María Isabel Estrada Nieto

Bibliografía: Kottke, et al .Krusen medicina fisica y rehabilitación, 3a ed. Ed. Panamerica. A rgentina 1990.

Tutora: E.E.R. Nohemí Ramírez Gutiérrez.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA EN REHABILITACION



ESTIMULACION CON TEXTURAS



Margaret Rood explica el manejo adecuado de estímulos sensoriales, en la cual se consigue una mejor respuesta muscular debida a una normalización del tono, por medio de una evocación controlada de respuestas

El método de facilitación más conocido de esta técnica es:

1

Cepillado rápido
 Consiste en realizar un cepillado rápido realizando varias repeticiones, sobre la piel o los dermatomas para provocar un estímulo del umbral



2

El golpeteo
 Consiste en una técnica que se aplica generando toques moderados pero ejerciendo una presión considerable sobre la superficie del músculo, con la finalidad de estimular sus fibras y provocar una respuesta.



3

Vibración
 La aplicación del estímulo en el caso de la vibración, debe comprender un tiempo no menor a los 30 segundos pero tampoco mayor a los 2 minutos, ya que puede volverse molesto o generar in-



4

Frio
 Para la aplicación del frio se recomienda hacer roces sobre la zona durante 3 a 5 segundos y a los 30 segundos ya se observa una respuesta.



5

Estiramiento muscular
 Es utilizado con la finalidad de provocar una inhibición de la contracción muscular y de esta manera impedir que se desarrolle una tensión excesiva del músculo y en consecuencia se favorezca la alteración del tono muscular.



Bibliografía: Ludwing, F. Método Rood una alternativa terapéutica. (en línea) 2007 (citado el 20.02.18); (5pp): Disponible en: <https://www.efsioterapia.net/articulos/metodo-rood-una-alternativa-terapeutica>

ALUMNA: L.E.O. MA. ISABEL ESTRADA NIETO
 TUTORA: E.E.R. NOHEMI RAMIREZ GUTIERREZ



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION

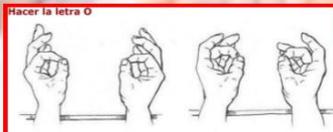
"Luis Guillermo Ibarra Ibarra"

Anexo 16

Ejercicios para mejorar la movilidad



Ejercicio de apertura y cierre simultáneo de los cuatro últimos dedos de las manos colocadas sobre una mesa.



Ejercicio de pinza, con ambas manos, entre primer dedo y dedos segundo y tercero, sucesivamente.



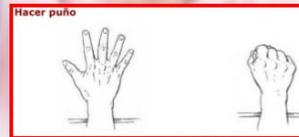
Ejercicio abducción activa del primer dedo de ambas manos mantenido la articulación interfalángica extendida



Ejercicio de movilización individual de los músculos extensores de cada dedo.



Ejercicio de movilización de las articulaciones interfalángicas proximales de los cuatro últimos dedos



Ejercicio de movilización global, articular y de los músculos flexores y extensores de la mano, haciendo un "puño".



Ejercicio de oposición del pulgar



Ejercicio de abducción con flexión palmar activa del primer dedo de ambas manos por encima de una mesa



Ejercicio de movilización de las articulaciones metacarpofalángicas de los cuatro últimos dedos.



Ejercicio de movilización de las articulaciones interfalángicas distales de los cuatro últimos dedos

COORDINADORA: E.E.R NOHEMI RAMIREZ GUTIERREZ
ALUMNA: LEO MARIA ISABEL ESTRADA NIETO

Bibliografía

Sánchez C.A. , Arana-Echevarría M. J. Unidad de Rehabilitación del Hospital Universitario Fundación Alcorcón Madrid, 19-otubre-2013. (Citado 15/11/17) Disponible desde pilatescore. <http://pilatescore.es/ejercicios-para-manos-con-artrosis/>



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION

"Luis Guillermo Ibarra Ibarra"



Ejercicios de Fortalecimiento



Pronación con banda elástica

Ejercicio de fortalecimiento dinámico con banda elástica de los músculos pronadores del antebrazo



Supinación con banda elástica

Ejercicio de fortalecimiento dinámico con banda elástica de los músculos



Flexión palmar con banda elástica

Ejercicio de fortalecimiento dinámico con banda elástica de los músculos flexores palmares de la muñeca



Flexión dorsal con banda elástica

Ejercicio de fortalecimiento dinámico con banda elástica de los músculos flexores dorsales de la muñeca



Sujetar un papel entre los dedos

Ejercicio de fortalecimiento de los músculos lumbricales e interóseos



Desviación radial con plastilina

Ejercicio de fortalecimiento de los músculos que realizan la desviación radial de la muñeca y dedos con plastilina.



Abducción-aducción de dedos con plastilina

Ejercicio de fortalecimiento para los músculos abductores y aductores de los dedos. ¹

Tutora: E.E.R Nohemí Ramírez Gutiérrez

Alumna: L.E.O Ma. Isabel Estrada Nieto

1- Sánchez C.A. , Arana Echevarría M. J., Unidad de Rehabilitación del Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid, 19-octubre-2013. (Citado 15/11/17) Disponible desde: pilates core, <http://pilatescore.es/ejercicios-para-manos-con-artrosis/>

ANEXO. 27

4) Evitar humedad para prevención de lesiones en la piel.

- Limpiar a diario y después de cada episodio de incontinencia fecal
- Usar una técnica suave con la mínima fricción, evitar frotar o restregar la piel
- Evitar los jabones regulares (alcalinos)
- Elegir un limpiador líquido y suave, que no necesite enjuague, o una toalla húmeda (diseñada e indicada para el cuidado de la incontinencia), con un pH similar al de la piel normal
- Si es posible, utilizar una tela suave no tejida y desechable
- Secar suavemente la piel, si es necesario, después de la limpieza.



<https://goo.gl/ZybnZ1>

Directorio ENEO
 Dra. María Dolores Zarza Arismendi
 Directora
 Dra. Ma. De los Angeles Torres Lagunas
 Jefa de División de Estudios de Posgrado
 Mtra. Ma. Elena García Sánchez
 Secretaria Académica
 Lic. Marcela Díaz Mendoza
 Coordinadora PUEE
Directorio INR
 Dr. José Clemente Ibarra Ponce de León
 Director general del INR
 Dra. Matilde L. Enríquez Sandoval
 Directora de Educación en Salud MAH.
 Leticia González González,
 Subdirectora de Enfermería
 D. en C. Martín Pantoja Herrera
 Jefe del departamento de enseñanza e Investigación en Enfermería
 L.E.O. Nohemí Ramírez Gutiérrez
 Coordinadora del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación

AV. MÉXICO XOCHIMILCO #289 COLARENAL
 DE GUADALUPE CP 14380 DELEGACION
 TLALPÁN
 TELEFONO 59991000



Universidad Nacional Autónoma de México
 Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
 División de Estudios de Posgrado
 Posgrado de enfermería en Rehabilitación



CUIDADOS DE LA PIEL

ALUMNA: LEO. MARIA ISABEL ESTRADA
 NIETO.



CUIDADOS DE LA PIEL.

La capa córnea, la más superficial de la piel, es la que asegura la barrera de protección. Para ello necesita tener una adecuada cantidad de agua y de lípidos (elementos grasos). Cuando estos elementos se pierden, aparece la sequedad y la descamación. En seguida mencionaremos puntos importantes para hidratar tu piel:

1) Alimentación.

El agua. Es indispensable para vivir.

Recomendación: tomar mínimo 6-8 vasos diarios.



<https://goo.gl/0vqWac>

¡La alimentación es muy importante!

Lo que se come determina nuestra salud y digestión.



Favorecen la digestión los alimentos con mucha fibra como: frutas y verduras y cereales.

2) Movilización.

La inmovilización puede afectar y deteriorar nuestro cuerpo de distintas formas, produciendo daño en:

- ✓ La piel
- ✓ Sistema nervioso
- ✓ Sistema digestivo
- ✓ Musculo y tendones.

Importante para realizar las movilizaciones:

- ✓ Seguir una rotación determinada respetando la alineación corporal.
- ✓ No arrastrar extremidades óseas para evitar daño por fricción.
- ✓ Cambio de posición cada 2 horas.
- ✓ Colocar una almohada entre las piernas y por detrás de la espalda para tener alineación de segmentos.
- ✓ Explorar la piel en cada posición.



<https://goo.gl/1bXm0U>

3) Hidratación de la piel con crema hidratante.

Realizar una mezcla de los siguientes componentes:

- ✓ Crema hidratante de preferencia (Crema Lubriderm).
- ✓ 20 ml de aceite de almendras dulces.
- ✓ 20 ml de glicerina
- ✓ 10 ml de agua de rosas.

Mezclar hasta que quede uniforme nuestra crema hidratante.

Hidratar la piel 1-2 veces al día, de preferencia después del baño.



<https://goo.gl/02aTce>

BIBLIOGRAFIA:

Watson MS, Lucas C.F, Hoy AM, Back IN. Skin problems in palliative care. Oxford Handbook of Palliative Care. New York: Oxford University press. 2005



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA EN REHABILITACION



SALUD BUCAL

Las enfermedades más frecuentes de la boca son las caries y la inflamación de las encías, que, a su vez, son la causa de la pérdida de los dientes, mal aliento, mala digestión y en ocasiones infecciones del corazón y de los riñones.



TÉCNICA CORRECTA DEL CEPILLADO DENTAL



1.- Colocar el cepillo a un ángulo de 45ª.



5.- Cepillar de manera circular las encías



2.- Los dientes de arriba se cepilla hacia abajo.



3.- Los dientes de abajo se cepilla hacia arriba.



4.- Cepillar con cuidado de atrás hacia adelante.



ALUMNA: L.E.O. MA. ISABEL ESTRADA NIETO
 TUTORA: E.E.R. NOHEMI RAMIREZ GUTIERREZ

Bibliografía: Huesca, E. Salud Bucal. (en línea) 2011 (citado el 20.02.18): (8pp): Disponible en: <https://www.uv.mx/personal/abarranca/files/2011/06/manual-de-higiene-bucal.pdf>

Otras recomendaciones:
 Utilice hilo dental todas las noches antes del cepillado de dientes.
 Evite alimentos ricos en azúcar, para prevenir caries.
 Acudir al dentista cada 6 meses, para que revise, limpie y proteja su dentadura.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA EN REHABILITACION



MEDIDAS PREVENTIVA PARA EVITAR CONTRAER ALGÚN PROCESO INFECCIOSO

La aparición del síndrome es precedida a menudo por infecciones bacterianas o víricas. Asimismo, puede ser desencadenado por vacunaciones o intervenciones quirúrgicas. En los países afectados por casos de infección por el virus de Zika se ha descrito un aumento imprevisto de los casos de síndrome de Guillain-

¿Qué medidas puede tomar para evitar una recaída?

No comer alimentos fuera de casa, de preferencias los alimentos deben ser preparados en casa, para evitar infecciones gastrointestinales.



<https://goo.gl/9oMqpp>

Evite exponerse a lugares donde haya mosquitos, ya que según las estadísticas el ZIKA, enfermedad que se contrae por picadura de mosquito,



ZIKA

<https://goo.gl/TTAqmn>



Realizar lavado de manos, antes de comer, después de ir al baño, después de realizar terapias y en todo momento que sea necesario.



<https://goo.gl/Vjp3nW>

Evitar cambios bruscos de temperatura, y estar en contacto con personas que tengan enfermedades virales.



<https://goo.gl/ehB6FH>

- Coma frutas y verduras.
- Beba 2 litros de agua natural al día.
- Consuma vitamina C y alimentos ricos en proteínas.



<https://goo.gl/CSQjwM>

Bibliografía: Eelco F.M. Wijdicks EFM, Síndrome de Guillain Barré. (en línea) 2017 (citado el 20.02.18); (7pp): Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp>

Alumna: L.E.O. María Isabel Estrada Nieto

Tutora: E.E.R. Nohemí Ramírez Gutiérrez.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA EN REHABILITACION

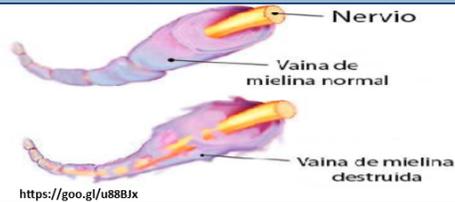


¿Qué es el Núcleo Forte?

Es Neuroprotector y regenerador de la vaina de mielina.

Principio activo: Citidín-5'-monofosfato (CMP): Imprescindible para la síntesis de lípidos complejos y lipoproteínas componentes de las estructuras del sistema nervioso.

Uridín-5'-trifosfato (UTP): Donador de energía que ejerce además acción trófica sobre la fibra nerviosa y muscular. Complementa la acción del C.M.P.



<https://goo.gl/u88B1x>

Indicaciones:

- ⇒ Recuperación funcional
- ⇒ Déficit neurológico
- ⇒ Recuperación en hemiplejías

En todo tipo de afectaciones neuronales el papel de Núcleo CMP Forte reside precisamente en la acción fundamental destinada a mantener o restablecer las condiciones necesarias para que la conducción nerviosa sea correcta ayudando a restablecer la vaina de mielina.

Eficacia Clínica:

La acción farmacológica de Núcleo CMP Forte se traduce clínicamente en la recuperación funcional del tejido nervioso y muscular afectado y en el alivio del dolor.



De esta forma la acción conjunta de CMP y UTP permite:

- ⇒ La regeneración de la vaina de mielina,
- ⇒ El restablecimiento de la correcta conducción del impulso nervioso y
- ⇒ El restablecimiento del trofismo muscular.

En consecuencia puede decirse que Núcleo CMP Forte es un producto fisiológico que aporta los nucleótidos específicos que intervienen en la síntesis de esfingomielina y glicerosfolípidos componentes principales de la VAINA DE MIELINA.

Bibliografía: <http://www.bago.com.ec/productos/sistema-nervioso/nucleo-cmp-forte/>

Alumna: L.E.O. María Isabel Estrada Nieto
 Tutora: E.E.R. Nohemí Ramírez Gutiérrez.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA EN REHABILITACION



Prevención de Caídas

Tener una eliminación correcta en toda la casa.



<https://goo.gl/Ubx8HM>

Evitar tener objetos en los pasillos.



<https://goo.gl/kFppu>

No usar alfombras en casa.



<https://goo.gl/V301>

Usar tapete antiderrapante en el baño.



<https://goo.gl/mq84W>

Altura de la cama de acuerdo a la necesidad del paciente, de preferencia de baja altura.



Teléfono, lámpara y números de emergencia cerca de la cama

Altura de la cama lo suficientemente baja como para que los

Silla con orinal cerca de la cama, de ser necesario

<https://goo.gl/KyITcd>

Realizar con ayuda de familiar, las transferencias cama-silla, silla-cama.



<https://goo.gl/G6TBE>

Bibliografía: Instituto Nacional de Rehabilitación. Protocolo para la prevención de caídas. (en línea) 2015 (citado el 20.02.18): (25pp); Disponible en: <http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/PRT-DQ-02.pdf>

Alumna: L.E.O. María Isabel Estrada Nieto

Tutora: E.E.R. Nohemi Ramírez Gutiérrez.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA EN REHABILITACION



Ayudas técnicas

Las ayudas técnicas son todos aquellos aparatos o equipos que son utilizados por personas con disminución de la fuerza, que les sirven para tener un mayor grado de independencia en las actividades de la vida diaria y les proporciona en general una mayor calidad de vida.



Correa ajustable para utensilios



Tenedor-cuchillo
Cuchara-tenedor



Cubiertos con mango de goma



Posavasos



Vaso antivoleable



Plato con nivel



<https://goo.gl/vhvTVR>

Las ayudas técnicas principalmente se usan para comer ya que son dispositivos que capacitan a muchas personas, especialmente a las que presentan movilidad restringida en uno o en los dos miembros superiores, para poder comer y beber, así como prepararse los alimentos y servírselos.

Entre las AT que ayudan al individuo en la actividad de alimentarse encontramos cubiertos, platos, vasos y tazas y otras adaptaciones.

Bibliografía: Aspam. Adaptaciones para comer. (en línea) 2007 (citado el 20-02-18)(5pp). Disponible en: http://www.aspaymmadrid.com/03_serv_02.php (Consultado en noviembre de 2008).

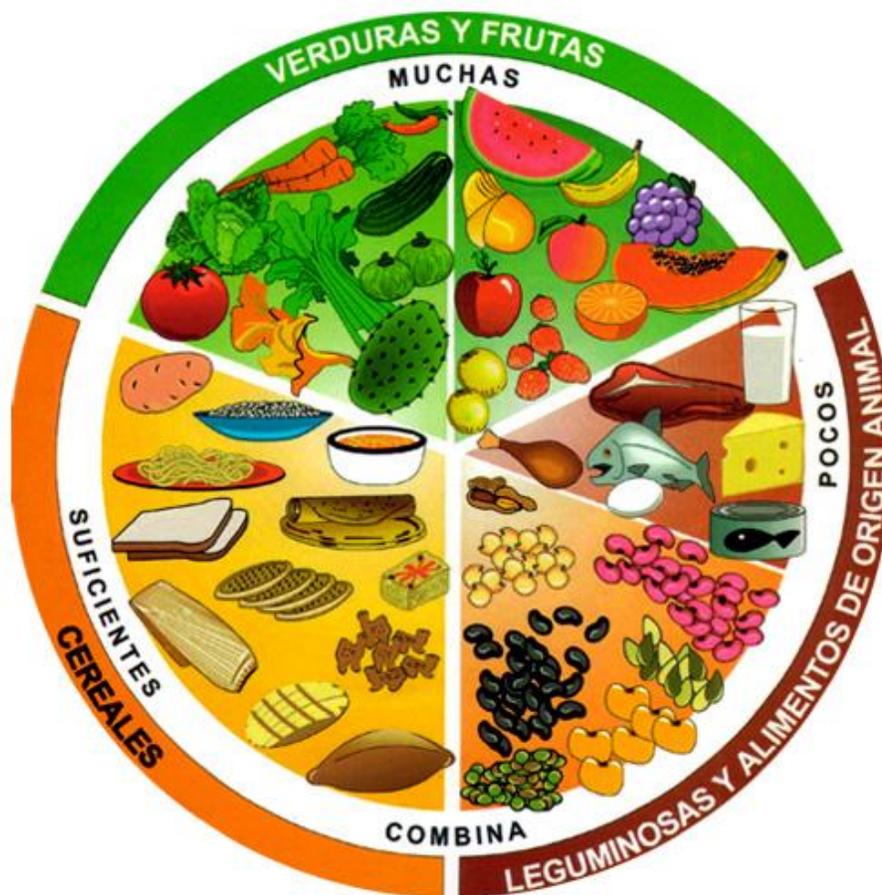
Alumna: L.E.O. María Isabel Estrada Nieto
Tutora: E.E.R. Nohemí Ramírez Gutiérrez.

ANEXO. 33 Plato del Buen Comer.

La NOM-043 clasifica a los alimentos en tres grupos: verduras y frutas; cereales y tubérculos; leguminosas y alimentos de origen animal.

Da las recomendaciones para integrar una dieta correcta para todos los grupos de población, asimismo promueve la variación y combinación de alimentos para asegurar el aporte de nutrimentos al organismo y evitar enfermedades como la obesidad, diabetes, desnutrición, hipertensión, entre otras.

Con la finalidad de facilitar la selección y consumo de alimentos se creó el concepto del Plato del Bien Comer que es la representación gráfica de los tres grupos de alimentos. Explica por sí sólo la clasificación de alimentos y ayuda a conformar una dieta correcta, ejemplifica la combinación y variación de alimentos, así como el intercambio de estos en cada tiempo de comida (desayuno, comida y cena).⁷¹



<https://goo.gl/LzMnxo>

⁷¹ Secretaría de Salud. El plato del bien comer. Nom 043. México [en línea] 2005[Citado el 12.12.17]:[6pp]:Disponible en : http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/6_1_plato_bien_comer.pdf



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA EN REHABILITACION



ACTIVIDADES RECREATIVAS EN FAMILIA



<https://goo.gl/mFZjtV>

Las actividades en familia son muy importantes para lograr un acercamiento, fomentar la unión y la comunicación entre sus miembros. Entre las actividades que puede realizar son: salir a pasear fuera de casa, juegos de mesa, platicar, realizar reuniones familiares, etc.

El cine

Es una actividad recreativa muy popular. Como actividad recreativa no solo es ver la película, sino que intervienen 3 factores: uno el hecho de ver la película, el segundo está en el ámbito social, esto se refiere a las personas que rodean al espectador (familia o amigos) y finalmente ver que hizo usted para ver la película (comprar los boletos, palomitas, etc).

Tutora: E.E.R. Nohemi Ramírez Gutiérrez

Alumna: L.E.O. Maria Isabel Estrada Nieto

Bibliografía: Núñez, P. Virtudes humanas, 15 actividades familiares para el tiempo libre. (Citado 28.12.17) Disponible en: <http://www.hacerfamilia.com/ocio/noticia-15-actividades-tiempo-libre-20140929110151.html>

Organizar reuniones familiares.

Los cumpleaños pueden ser un momento para celebrar algo con toda la familia. También esto nos ayudara a fomentar la comunicación entre la familia y favorecerá lazos.

<https://goo.gl/WH9Etp>



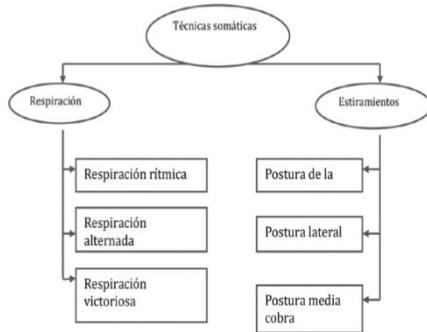
<https://goo.gl/mFZjtV>



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA EN REHABILITACION



Técnicas de Relajación



<https://goo.gl/9ZrRHw>

EJERCICIOS DE RELAJACIÓN MUSCULAR

Póngase en cuclillas y, lentamente, acerque la cabeza lo más posible a las rodillas.

Siéntese en una silla, separe las piernas, cruce los brazos y flexione su cuerpo hacia abajo.

Apoye su cuerpo sobre la mesa.

Gire lentamente la cabeza de derecha a izquierda.

Ponga sus manos en los hombros y flexione los brazos hasta que se junten los codos.

<https://goo.gl/vS5x2u>

Musicoterapia

Es una terapia que utiliza la música de forma controlada con el objetivo de restaurar, mantener e incrementar la salud mental y física de la persona.



<https://goo.gl/QYr6Um>

Ejercicios de respiración.

Respirar es una de las funciones corporales vitales para mantenerse vivos. Cuando se entra en un estado de emociones fuertes estrés, desesperación o cualquier otra o simplemente queremos tranquilizarnos un poco, podemos hacer ejercicios de respiración.¹

Siéntate con la espalda recta, los hombros hacia atrás y saca pecho.

Ahora cierra la boca y toma lentamente aire por la nariz.

Después suelta el aire despacio. Respira así varias veces.

<https://goo.gl/AbnJ>

1.Catalán, S. Técnicas para reducir la ansiedad. 2013. (Citado el 28.12.17): Disponible en: <http://www.siquia.com/2013/10/tecnicas-relajacion-reducir-ansiedad/>

Alumna: L.E.O. María Isabel Estrada Nieto
 Tutora: E.E.R. Nohemí Ramírez Gutiérrez.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA EN REHABILITACION



<https://goo.gl/qLtex9>

AUTOESTIMA



<https://goo.gl/2dhtN5>

La autoestima es la valoración, generalmente positiva, de uno mismo. Para la psicología, se trata de la opinión emocional que los individuos tienen de sí mismos y que supera en sus

¿Como favorecer la Autoestima?

Reconoce tu esfuerzo, interés y atención enfocándote en lo positivo.



<https://goo.gl/ZDBqCS>

Elogia tus avances



TU CABEZA LE DICE A TUS PIERNAS QUE CORRAM, TUS PIERNAS LE DICEN A TU CABEZA QUE TRABAJE, Y ASÍ PASAN LOS KILOMETROS.

<https://goo.gl/ZrQEAm>

Empieza a pensar positivo



<https://goo.gl/mFZjtV>

Póngase metas a corto, mediano y largo plazo.



<https://goo.gl/cq6uKi>

Acéptate y perdónate...

Regálate tiempo



<https://goo.gl/nM4z4z>

Bibliografía: Marín, P. 10 Claves para aumentar la autoestima... (en línea) 2017 (citado 10.03.18): Disponible en: <https://psicologiamente.net/psicologia/aumentar-autoestima-dias>.

Alumna: L.E.O. María Isabel Estrada Nieto
Tutora: E.E.R. Nohemí Ramírez Gutiérrez.

ANEXO. 37

CONTRAINDICACIONES

- ✓ Cualquier trastorno localizado en la pierna en el que las medias puedan interferir, tales como:
- ✓ Dermatitis
- ✓ Gangrena
- ✓ Injerto de piel reciente
- ✓ Arteriosclerosis grave u otras enfermedades vasculares isquémicas.
- ✓ Edema extendido en las piernas o edema pulmonar debido a insuficiencia cardíaca congestiva.
- ✓ Deformidad extrema de la pierna.

BIBLIOGRAFIA:

Coletides Smith et al. "Deep Vein Thrombosis: Effect of Graduated Compression Stockings on Distension of the Deep Veins of the Calf", *British Journal of Surgery* 1991

Directorio ENEO
Dra. María Dolores Zarza Arismendi
 Directora
 Dra. Ma. De los Angeles Torres Lagunas
 Jefa de División de Estudios de Posgrado
 Mtra. Ma. Elena García Sánchez
 Secretaria Académica
 Lic. Marcela Díaz Mendoza
 Coordinadora PUÉE

Directorio INR
 Dr. José Clemente Ibarra Ponce de León
 Director general del INR
 Dra. Matilde L. Enríquez Sandoval
 Directora de Educación en Salud
 MAH. Leticia González **González**,
 Subdirectora de Enfermería
 D. en C. Martín Pantaja Herrera
 Jefe del departamento de enseñanza e Investigación en Enfermería
 L.E.O. Nohemí Ramírez Gutiérrez
 Coordinadora del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación

AV. MÉXICO XOCHIMILCO #289 COL. ARENAL
 DE GUADALUPE CP 14389 DELEGACION
 TALPAN
 TELEFONO 59991000


 Universidad Nacional Autónoma de México
 Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
 División de Estudios de Posgrado
 Posgrado de enfermería en Rehabilitación


 ENEO

Medias de compresión graduada para la prevención del tromboembolismo venoso

ALUMNA: LEO. MARIA ISABEL ESTRADA
 NIETO.



MEDIAS ELÁSTICAS ANTIEMBOLISMO

Las medias elásticas **antiembolismo** T.E.D. ejercen una compresión progresiva, gradual y decreciente desde la parte distal a la proximal de las extremidades inferiores (modelo muslo: de tobillo a muslo, y modelo rodilla: de tobillo a rodilla), para optimizar el retorno venoso y prevenir la estasis. La estasis venosa provoca daño en el endotelio vascular y genera la trombosis venosa profunda (TVP).

INDICACIONES

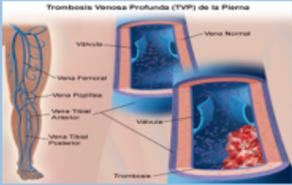
- ✓ Prevenir la trombosis venosa profunda en pacientes médicos o quirúrgicos.
- ✓ Pacientes encamados, en el pre-**intra**-post operatorio y en todos aquellos trastornos que esté indicado la compresión graduada para aumentar el flujo sanguíneo de las venas, incluido trastornos venosos y venas varicosas.
- ✓ Uso en otros trastornos por indicación del médico.

COMPOSICION DE LA MEDIA.

Las medias **antiembolismo** T.E.D. están fabricadas en material antialérgico sin látex con fibras elásticas, 80% en poliamida y 14% en lycra (**elastano**). El alto contenido en poliamida es para ofrecer mayor confortabilidad al paciente. Incluye un entramado circular sin costuras que proporciona efectividad y confort al paciente. Este tejido es permeable y altamente transpirable para disipar el calor, a la vez que ofrece una gran adaptación anatómica a las extremidades inferiores del paciente.

COLOCACIÓN DE MEDIAS TED.

- a) Sujetando la media, introducir la mano hasta la altura del talón.
- b) Con el centro del talón cogido, revolver la media de dentro hacia fuera hasta la altura del talón.
- c) Posicionar la media sobre el pie y el talón, asegurándose que el talón esté perfectamente centrado.
- d) Comenzar a deslizar lentamente hacia arriba el cuerpo de la media.
- e) Subir lentamente la media sobre el tobillo, gemelo, rodilla y muslo.
- f) Para las medias hasta el muslo con cinturón: seguir los mismos pasos realizados para las medias hasta el muslo.
- g) Para las medias hasta la rodilla: seguir los mismos pasos que para las medias hasta el muslo y colocar la parte superior de la media debajo de la rodilla sin interferir la fosa poplítea (pliegue rodilla).
- h) Las medias deben ajustarse, pero no apretarse, asegurarse que no haya pliegues, ni holguras. Colocar correctamente los dedos y el talón para un ajuste preciso.


 Trombosis Venosa Profunda (TVP) de la Pierna
<https://goo.gl/wD4x1D>


<https://goo.gl/INWPCDK>


<https://goo.gl/mQF2x>

ANEXO. 38

La escala de autoestima de Rosenberg, una prueba breve y con buenas propiedades psicométricas, es el instrumento más usado para la evolución de la autoestima en la práctica clínica y en la investigación científica.⁷²



ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE) (Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000)

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4

⁷² Garrido, J. Escala de Rosenberg. [en línea] 2016 [citado el 30.04.18];[3pp]: Disponible en: <http://psicopedia.org/1723/medir-la-autoestima-con-la-escala-de-rosenberg/>

ANEXO 39.

Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERIA EN REHABILITACION



CONSENTIMIENTO INFORMADO

CD de México a 25 de Octubre 2017.

Por medio de la presente yo Chiu Lang Gabriel Orgaz Aguilár
Doy mi consentimiento para que la (el) Lic.
Enf. Ma. Isabel Estrada Nieto, Estudiante del Posgrado de Enfermería
en Rehabilitación de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la
Universidad Nacional Autónoma de México, realice seguimiento y participación
activa en el cuidado integral y especializado de mi padecimiento como parte de
sus actividades académicas, asegurando haber recibido la información necesaria
sobre las actividades a realizar durante el tiempo que dure esta participación y ser
libre de retirarme de este estudio en el momento en que lo desee.

Autorizo (nombre y firma):

Chiu Lang Gabriel Orgaz Aguilár

Testigo (nombre y firma):

Lucia Aguilar Flores

Estudiante del Posgrado (nombre y firma):

María Isabel Estrada Nieto

ANEXO. 40

Consentimiento Informado para la obtención de fotografías y video.

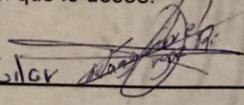


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERIA EN
REHABILITACION

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OBTENCION DE
FOTOGRAFIAS O VIDEO**

CD de México a 25 de Noviembre 2017.

Por medio de la presente yo Chio Lama (Lubiel) Orqaz Aguilar Doy mi consentimiento para que la (el) Lic. Enf. Maria Isabel Estrada Nieto, Estudiante del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación de la Universidad Nacional Autónoma de México, realice la toma de fotografías y/o video para fines exclusivamente académicos, asegurando haber recibido la información necesaria sobre las actividades a realizar durante el tiempo que dure esta participación y ser libre de retirarme de este estudio en el momento en que lo desee.

Autorizo: Chio Lama Lubiel Orqaz Aguilar 

Testigo: Lucia Aguilar Flores

Estudiante del Posgrado:
Maria Isabel Estrada Nieto