



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**[PLAN DE CUIDADOS EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS
CON SÍNDROME DE GUILLAIN
BARRÉ]**

Autor/a: Erica López García

Tutor/a: Beatriz Ortiz Sanz

Cotutor/a: M^a Esther Torres Andrés

RESUMEN

El síndrome de Guillain-Barré (SGB), denominado también polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (PDIA), se caracteriza por la instauración de forma aguda de un cuadro clínico que consiste en debilidad e incluso parálisis, que habitualmente comienza en extremidades inferiores y se extiende progresivamente al resto del organismo. Con frecuencia, el SGB se presenta tras una infección vírica o bacteriana y alrededor del 80% de los pacientes tendrá una recuperación completa o casi completa.

El tratamiento de la enfermedad gira en torno a la administración de Inmunoglobulina intravenosa, si bien, también en la actualidad se utiliza la Plasmaféresis, consistente en un intercambio plasmático.

Es frecuente que en un primer momento precisen de cuidados intensivos dada la gravedad del caso y tratar de forma rápida las posibles complicaciones consecuencia de la enfermedad en sí y del tratamiento. Es por lo que en éste trabajo se ha realizado un plan de cuidados enfermeros siguiendo los patrones establecidos según Virginia Henderson así como diagnósticos, objetivos (NOC) e intervenciones (NIC) de enfermería aplicando la Taxonomía NANDA (North American Nurses Diagnostics Association).

PALABRAS CLAVES

GUILLAIN-BARRÉ, CUIDADOS, ENFERMERIA, DIAGNOSTICOS.

ABSTRACT

Guillain-Barré syndrome (GBS), also known as acute inflammatory demyelinating polyneuropathy (AIDP), is a disorder characterised by the acute appearance of a clinical picture that consists of weakness and even paralysis in patients beginning in the legs and progressing through the rest of the body. Frequently, the GBS appears after a viral

or bacterial infection and around 80% of the patients will completely or almost completely recover.

The disease's treatment comprises the administration of intravenous Immunoglobulin, although current treatments also include the use of Plasmapheresis that consists in a plasma exchange.

It is often that patients initially require intensive care due to the case importance in order to treat as quickly as possible the foreseeable consequences of the disease and the treatment itself. For the mentioned reasons, a nurse care plan has been developed in this paper following the patterns established by Virginia Henderson by applying the taxonomy NANDA (North American Nurses Diagnostics Association), as well as the Nursing Outcomes Classification (NOC) and the Nursing Interventions Classification (NIC).

KEY WORDS

GUILLAIN BARRÉ SYNDROME, CARE, NURSING, DIAGNOSTICS

INDICE

Página

➤ INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN	2
➤ OBJETIVOS	2
➤ MATERIAL Y MÉTODOS	3
➤ DESARROLLO.....	3
• SINDROME DE GUILLAIN BARRÉ.....	3
• CONCEPTO Y ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD	3
• ETIOPATOGENÍA	4
• CUADRO CLÍNICO	4
• TRATAMIENTO.....	5
• PRONÓSTICO	6
• CUIDADOS DE ENFERMERÍA	6
• VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	7
• PLAN DE CUIDADOS	9
➤ CONCLUSIONES.....	25
➤ BIBLIOGRAFÍA	25
➤ ANEXOS	25

INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN

Actualmente el Síndrome de Guillain Barré (SGB), se ha convertido en una de las causas más frecuentes de parálisis aguda generalizada, dichos pacientes sufren un trastorno devastador debido a su repentina e inesperada aparición, a las secuelas de la enfermedad y a su lenta y difícil recuperación.

En este trabajo, debido a la importancia de una rápida actuación en el centro hospitalario, se va a plantear una serie de cuidados enfermeros con el objetivo de disminuir al máximo las complicaciones de esta enfermedad así como posteriores secuelas una vez dado el alta hospitalaria.

Por todo esto es necesario conocer las lesiones del paciente, sus posibles complicaciones, sus necesidades y sus miedos.

Valoradas las necesidades alteradas según Virginia Henderson se describen una serie de cuidados, objetivos e intervenciones enfermeros de acuerdo a la Taxonomía NANDA (North American Nurses Diagnostics Association).

Este plan de cuidados es específico para el ámbito hospitalario, es decir, desde el momento en que el paciente es diagnosticado de dicha enfermedad hasta que recibe el alta hospitalaria, ya que dicho paciente podrá ser derivado a otro Centro especializado, a una residencia, o a su propio domicilio, dado que habitualmente el paciente seguirá necesitando una serie de cuidados y/o rehabilitación posterior.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Planificar los cuidados enfermeros básicos ante las alteraciones que presenta el Síndrome de Guillain Barré (SGB) en pacientes hospitalizados

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer los patrones alterados que presenta el SGB.
2. Identificar las necesidades de un paciente con SGB.
3. Establecer las actuaciones y actividades precisas para cubrir las necesidades básicas del paciente hospitalizado con SGB.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO

Se realizó una revisión bibliográfica de textos y artículos de revistas científicas (fuentes primarias y secundarias) referentes al Síndrome de Guillain Barré, además de fuentes primarias en relación a los Diagnósticos Enfermeros, Objetivos e Intervenciones aplicando la taxonomía NANDA.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

En base a los datos obtenidos se llevo a cabo una búsqueda de artículos relacionados con el SGB en Pubmed, Medline y Scielo.

DESARROLLO

SINDROME DE GUILLAIN BARRÉ

En la actualidad el Síndrome de Guillain Barré (SGB) se ha convertido en la causa más frecuente de parálisis aguda generalizada. Fueron en 1916 Charles Guillain y Jean-Alexandre Barré quienes junto con Strohl publicaron ya un artículo sobre este trastorno, donde señalaron la afectación de los reflejos y mencionaron el aumento de proteínas en el líquido cefalorraquídeo (LCR). (1)

CONCEPTO Y ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD

El SGB es una polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda rápidamente progresiva(2); su etiología no es clara pero se cree que pudiera ser un trastorno de origen autoinmune asociado comúnmente con una infección respiratoria o gastrointestinal previa.(2)

Los virus más frecuentemente relacionados con su aparición son: rubeola, varicela, citomegalovirus, herpes simple y la hepatitis A; recientemente se ha hecho referencia a la asociación con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Se han descrito, además, otros factores predisponentes no infecciosos y dentro de ellos, algunos más frecuentes como son: vacunaciones, cirugía, anestesia, embarazo,

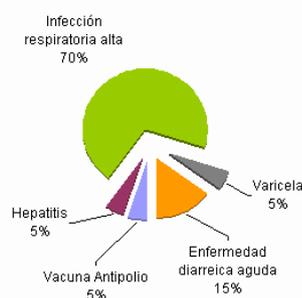


Ilustración 1. Antecedentes y eventos desencadenantes. (9)

picaduras de insectos, periodo posparto, trasplantes de órganos y médula ósea, tratamiento con inmunosupresores, administración de estreptoquinasa, enfermedad de Hodgkin, lupus eritematoso sistémico, etc.(3)

ETIOPATOGENÍA

El virus causante induce una respuesta inmunología (humoral y celular) que cambia la naturaleza de las células del sistema nervioso y que el organismo va a reconocer como extrañas. Como consecuencia, los linfocitos T pueden atacar a la mielina de los nervios periféricos lesionando o dañando los recubrimientos de mielina, lo que se denomina neuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (85 % de los casos) o bien reaccionar contra antígenos contenidos en la membrana del axón, es la forma axonal aguda (el 15 % restante). (6)

Debido a estas alteraciones, los músculos pierden la capacidad de responder a las señales del cerebro y además, éste recibe menos señales sensoriales como calor, dolor, sensación de texturas, etc.(7)

CUADRO CLÍNICO

En fases iniciales es muy frecuente:

- ✓ Adormecimiento y pinchazos en los dedos de pies y manos.
- ✓ Dolor muscular espontáneo en piernas, sobre todo en los casos de comienzo brusco y posteriormente dolor de espalda y zona lumbar.
- ✓ Debilidad muscular general.

La debilidad comienza generalmente en las extremidades inferiores para afectar progresivamente al tronco, las extremidades superiores y por último la musculatura respiratoria bulbar, con un patrón de progresión conocido en el pasado como parálisis ascendente de Landry.

Otras veces la debilidad puede tener un predominio proximal, de forma que el paciente mueve los pies pero tiene dificultad para incorporarse desde la posición de sentado.

La debilidad clínica es el grado de lesión axonal y no la intensidad de la desmielización.(1)

Los pacientes con lesión axonal tardan más en recuperarse o pueden hacerlo de manera incompleta.(1)

Dicha afección viral o bacteriana produce una debilidad simétrica y progresiva de la parte distal a la proximal, que en ocasiones puede afectar a la musculatura bulbar respiratoria.(4), La debilidad de los músculos se agrava al máximo en las dos o tres semanas posteriores al inicio del cuadro y la recuperación parcial o total ocurre en semanas o meses(5).

La musculatura respiratoria se afecta en el 30% de los casos.

Es frecuente la paresia de los pares craneales bajos, con parálisis facial en hasta el 50% de los pacientes. (8)

Dentro de las alteraciones expuestas, los criterios necesarios para el diagnóstico son: debilidad motora progresiva de más de un miembro y arreflexia o hiporreflexia marcada, con pérdida de reflejos osteotendinosos y con signos sensitivos leves o ausentes. (7)

TRATAMIENTO

Todo paciente que se sospeche de un SGB debe ser ingresado en un centro hospitalario con vigilancia de las constantes vitales en todo momento, a ser posible en una unidad de cuidados intensivos por precaución de un agravamiento de los síntomas que pongan en peligro la vida del paciente.

La clave en el manejo del SGB sigue siendo la atención en la unidad de cuidados intensivos incluyendo los cuidados respiratorios, adecuada nutrición, monitorización de constantes vitales, cuidados de enfermería y el apoyo psicológico.(7)

El tratamiento específico se basa en la administración de Inmunoglobulinas y en determinadas ocasiones, se completará con la realización al paciente de Plasmaféresis.

El análisis de ensayos aleatorios muestra que estos tratamientos mejoran y aceleran la recuperación respecto al tratamiento conservador.(4)

- **INMUNOGLUBULINA G HUMANA IV:** Se recomiendan dosis de 400 mg/Kg/día durante cinco días. La terapia debe practicarse los primeros siete días de inicio del cuadro clínico. Las ventajas de la Gammaglobulina sobre la Plasmaféresis son su fácil administración, y seguridad en pacientes inestables. Se ha demostrado que reduce el tiempo en el cual el paciente realiza marcha independiente. (7)

Las complicaciones del tratamiento con Inmunoglobulinas pueden ser; cefaleas, taquicardias, náuseas, hipercoagulabilidad, IRA, anafilaxia, EAP, meningitis séptica.

- **PLASMAFÉRESIS:** elimina los anticuerpos responsables de la enfermedad y se debe de realizar cuanto antes. El número de sesiones es de dos como mínimo hasta seis en casos muy graves. Los recambios son de unos 40 cc/Kg en cada uno, y se hacen a días alternos.(4) (5)

Las complicaciones de la Plasmaféresis pueden ser: hipotensión arterial, hematomas en la zona de punción, neumotórax, sepsis por el catéter, reacción alérgica al citrato.

PRONÓSTICO

El pronóstico está en relación a la severidad de la enfermedad

- Un 80% se recuperara totalmente.
- De un 10 a un 15 % se quedaran con secuelas permanentes.
- El resto morirá.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

A pesar de que el pronóstico del SGB es bueno en el 80% de los casos, la rápida actuación en el diagnóstico, tratamiento y cuidados de enfermería, hacen que se disminuya el número y severidad de las secuelas.

Desde el momento en el que el paciente entra al hospital hasta que se confirma el diagnóstico de SGB, se ponen en marcha una serie de cuidados de enfermería para evitar que se agrave la enfermedad.

Muchos pacientes con SGB están postrados en cama y es necesario prevenir la trombosis venosa, infecciones urinarias y pulmonares, como también llevar a cabo una terapia física y una ayuda psicológica, lo cual es muy importante en su recuperación total.(9) Cerca de una mitad de pacientes de SGB requiere cuidado intensivo, siendo la insuficiencia respiratoria (debido al compromiso de la musculatura respiratoria) la causa, que casi de forma constante justifica el ingreso en la UCI y hace preciso generalmente, entre otros, el uso de:(10)

- Ventilación mecánica (VM).
- Cateterización intermitente de la vejiga.
- Control del dolor con fármacos si es necesario.(9)

A medida que el paciente comienza a recuperar el control de las extremidades, comienza la terapia física. (9)

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

El paciente con SGB desde el principio de la enfermedad necesita una serie de cuidados y atenciones, por tanto, se debe realizar una valoración enfermera para tener en cuenta los posibles riesgos y complicaciones. Partiendo de un supuesto en el que el paciente carezca de antecedentes médicos relevantes, ya que el pronóstico y la severidad de esta enfermedad en personas con patologías de base, complicaría gravemente la evolución del proceso. Dependiendo de la afectación, la progresión y la severidad, los cuidados de enfermería irán orientados a:

- Paciente encamado.
- Inestabilidad del estado hemodinámico (hipertensión arterial, hipotensión postural, etc.), inestabilidad de la función respiratoria (distress respiratorio, debilidad de los músculos respiratorios), inestabilidad de la función motora (debilidad muscular simétrica y de progresión ascendente, comenzando en pies).
- Control del dolor (25% de los casos); sobre todo en extremidades inferiores, control de diuresis y deposiciones.
- Administración de medicamentos.
- En casos de lesiones en la musculatura respiratoria; aspiración de secreciones, cuidados de la traqueotomía, fisioterapia pulmonar, etc.
- Efectos secundarios al tratamiento: Inmunoglobulinas y Plamaféresis (cefaleas, náuseas, taquicardias, etc.).
- Ayuda psicológica; carga emocional altísima por el paciente y la familia.

Se realizará un plan de cuidados desde una valoración según las necesidades de Virginia Henderson:(11)

- 1) RESPIRAR, respirar normalmente.
 - Pacientes que necesiten ventilación mecánica y que producen secreciones.
- 2) ALIMENTACIÓN, comer y beber de forma adecuada.

- Suelen tener alteración en la deglución y la masticación.
 - Si portan SNG (sonda nasogástrica) o NPT (nutrición parenteral).
- 3) ELIMINACIÓN, evacuar los desechos corporales.
- Pacientes que tienen sonda vesical.
 - Riesgo de estreñimiento por la inmovilidad y los fármacos.
- 4) MOVILIDAD, moverse y mantener una postura adecuada.
- Tienen limitación en la movilidad total o parcial y pérdida de masa muscular.
- 5) DORMIR/DESCANSAR, dormir y descansar.
- Suelen necesitar medicación para dormir (por dolor, postura, disnea, ansiedad, perturbación del ciclo de sueño-vigilia).
- 6) VESTIRSE y desvestirse adecuadamente.
- Dependencia total.
- 7) TEMPERATURA, mantener una adecuada temperatura corporal.
- Riesgo de infecciones.
- 8) HIGIENE/PIEL, mantener higiene corporal y proteger la piel.
- Pacientes con riesgo de úlceras por presión (UPP, evaluar con escalas).
 - Sequedad en mucosas por la ventilación mecánica.
 - Edema general.
- 9) SEGURIDAD/EVITAR PELIGROS, evitar peligros y no dañar a los demás.
- Riesgo de caídas y traumatismos.
 - Dolor y ansiedad.
- 10) COMUNICACIÓN/ RELACIÓN, comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Incertidumbre, angustia y miedos por su enfermedad y sus posibles secuelas.
- 11) CREENCIAS/RELIGIÓN, actuar según sus creencias y valores.
- 12) OCIO.
- 13) AUTORREALIZACIÓN, disfrutar del tiempo de ocio.
- 14) APRENDIZAJE. (11)
- Interés por conocer su enfermedad.

PLAN DE CUIDADOS (12) (13)

Siguiendo las necesidades establecidas según Virginia Henderson y teniendo en cuenta los patrones alterados se establece un plan de cuidados con unos diagnósticos enfermeros utilizando la taxonomía de la NANDA (North American Nurses Diagnostics Association), y unos objetivos e intervenciones según NOC y NIC.

- ❖ **Necesidad de RESPIRAR NORMALMENTE.** En estos pacientes sin patología respiratoria previa, se verá alterada esta necesidad debido a una debilidad de los músculos respiratorios con la consecuencia de un distress respiratorio y la necesidad de cuidados intensivos hasta que esto se resuelva, los diagnósticos enfermeros relacionados con esta necesidad son:
 - **Riesgo de ASPIRACIÓN (00039)**, relacionado con el riesgo de entrada en el árbol bronquial de secreciones gastrointestinales y orofaríngeas, situaciones de riesgo:
 - 1) Disminución de la motilidad gastrointestinal.
 - 2) Depresión de los reflejos nauseosos y tusígenos.
 - 3) Reducción del nivel de conciencia.
 - 4) Presencia de sondas o tubos en el tracto respiratorio.(12)
- **NOC, resultados:**
 - **Estado respiratorio (0410)**, permeabilidad de la vía respiratoria.
 - Capacidad de eliminar secreciones.
 - Movilización del esputo hacia fuera de las vías aéreas.
 - Ausencia de aspiración.
 - **Control de la aspiración (1918).**
 - Se incorpora para comer y beber.
 - **Estado de deglución (1010).**
 - Controla las secreciones orales.
 - Ausencia de atagantamientos, tos y/o náuseas.
- **NIC, Intervenciones de enfermería:**
 - **Precauciones para evitar la aspiración (3200)**, prevención o disminución de los factores de riesgo de aspiración, *actividades*:
 - Controlar el estado pulmonar.

- Colocación vertical al 90° o lo más incorporado posible.
 - Mantener el equipo de aspiración disponible.
 - Evitar líquidos y utilizar agentes espesantes.
 - Romper o triturarlas pastillas antes de su administración.
- **Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031)**, incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.(12)
- **NOC, resultados:**
 - **Estado respiratorio (0410)**, permeabilidad de la vía respiratoria.
 - Frecuencia respiratoria adecuada.
 - Movilización del esputo hacia fuera de las vías aéreas.
 - Facilidad respiratoria.
 - **NIC, intervenciones de enfermería:**
 - **Manejo de las vías aéreas (3140)**, asegurar la permeabilidad de la vía aérea, *actividades:*
 - Enseñar a toser de manera efectiva.
 - Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea.
 - Regular la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio de líquidos.
 - **Fisioterapia respiratoria (3230)**, ayudar al paciente a expulsar las secreciones de la vía aérea alta y facilitar la expectoración y/o aspiración de la vía aérea baja, *actividades:*
 - Determinar si existen contraindicaciones al uso de la fisioterapia respiratoria.
 - Controlar la cantidad y tipo de expectoración de esputos.
 - Estimular la tos durante y después del drenaje postural.
 - **Aspiración de las vías aéreas (3160)**, extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de un catéter de aspiración en la vía nasotraqueal del paciente, *actividades:*
 - Enseñar al paciente a respirar lenta y profundamente durante la inserción del catéter de aspiración por vía nasotraqueal.
 - Basar la duración de cada pase de aspiración traqueal en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración.
 - Enseñar al paciente y/o a la familia a succionar la vía aérea, si resulta adecuado. (9)

- **Patrón Respiratorio Ineficaz (00032)**, la inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada, características definitorias:
 - 1) Uso de los músculos accesorios para respirar.
 - 2) Disnea.
 - 3) Respiración con labios fruncidos.
 - 4) Taquipnea.
 - 5) Bradipnea.
 - 6) Disminución de la capacidad vital.
- **NOC Resultados:**
 - **Intercambio gaseoso (0402).**
 - Intercambio alveolar de CO₂ y O₂ para mantener las concentraciones de gases arteriales.
 - **Permeabilidad vías aéreas (0410).**
 - Grado en que las vías traqueobronquiales permanecen permeables.
 - **Estado respiratorio: Ventilación (0403).**
 - Movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones.
- **NIC, Intervenciones de enfermería:**
 - **Ayuda a la ventilación (3390)**, estimulación de un esquema respiratorio espontáneo óptimo que aumente el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones, *actividades*:
 - Ayudar en los frecuentes cambios de posición, si procede.
 - Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos.
 - Colocar al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios (elevar la cabecera de la cama y colocar una mesa encima de la cama en la que pueda apoyarse el paciente).
 - **Monitorización respiratoria (3350)**, reunión y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gas adecuado, *actividades*:
 - Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
 - Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire.
 - Anotar si hay disnea y sucesos que la mejoran y empeoran.
 - **Disminución de la ansiedad (5820)**, minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado, *actividades*:

- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Animar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. (9)

❖ **Necesidad de COMER Y BEBER DE FORMA ADECUADA.** Se valora la capacidad de tener una autonomía en el patrón individual de consumo de alimentos y bebidas, seleccionando los diagnósticos enfermeros relacionados con esta necesidad alterada.

➤ **Déficit de AUTOCUIDADO: alimentación (00102),** relacionado con la disminución de la capacidad de llevar a cabo actividades requeridas para su propia alimentación, ya que experimentan deterioro neuromuscular y musculo esquelético.

• **NOC Resultados:**

○ **Cuidados personales (0303)**

- Maneja utensilios.
- Coge comida con utensilios.
- Se lleva comida a la boca con utensilios.
- Bebe de una taza o vaso.

○ **Estado Nutricional (1004)**

- Ingestión de nutrientes.
- Ingestión alimentaria y de líquidos.

• **NIC Intervenciones de enfermería:**

○ **Alimentación(1050),** proporcionar la ingesta nutricional al paciente que no puede alimentarse por sí mismo, *actividades:*

- Identificar la dieta prescrita.
- Preguntar al paciente sus preferencias en el orden de los alimentos.
- Registrar la ingesta si es oportuno.
- Facilitar higiene bucal después de las comidas.
- Sentar al paciente lo posible para inducir sensación de placer y relajación.
- Si hay fatiga dejar descansar.
- Si hay dolor o malestar programar la analgesia para que su máximo efecto sea durante la hora de la comida.

- Al tener problemas de fuerza y/o coordinación muscular, hacer diariamente ejercicios de fortalecimiento.
 - Eliminar los dispositivos de ayuda a medida que se vayan haciendo innecesarios.
- **Desequilibrio de la NUTRICION: por defecto (00002)**, relacionado con incapacidad para ingerir los alimentos debido a factores biológicos y la debilidad de los músculos de la deglución.
- **NOC, Resultados:**
 - **Control de peso (1612).**
 - Mantiene una ingestión calórica diaria óptima.
 - Mantiene un patrón alimentario recomendado.
 - Mantiene el peso óptimo.
 - **NIC, Intervenciones de enfermería:**
 - **Manejo de la nutrición (1100)**, ayudar y/o proporcionar una dieta equilibrada, *actividades:*
 - Fomentar la ingesta de calorías adecuada.
 - Pesar paciente periódicamente.
 - Determinar las preferencias de comidas del paciente.
- ❖ **Necesidad de ELIMINAR los desechos corporales.** Puesto que estos pacientes ven alterado el patrón de eliminación urinaria y fecal, buscaremos unos diagnósticos enfermeros reales y de riesgo que pueden ser:
- **Estreñimiento (00011)**, reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa y/o incompleta de heces excesivamente duras y secas. Características definitorias: Disminución de la frecuencia, disminución del volumen de las heces, esfuerzo en la defecación y la eliminación de heces duras, secas y formadas, factores funcionales relacionados:
- 1) Uso de dispositivos para la eliminación urinaria y fecal en pacientes encamados (cuña, conejo, etc.).
 - 2) Actividad física insuficiente.
 - 3) Hábitos de defecación irregulares.
- **NOC, Resultados:**
 - **Eliminación intestinal (0501).**

- Patrón de eliminación ERE (en el rango esperado).
- Control de movimientos intestinales.
- Cantidades de heces en relación a la dieta.
- Eliminación fecal sin ayuda.
- Ingestión de líquidos adecuada.
- Ingesta de fibra adecuada.
- Ejercicio.

- **NIC, Intervenciones de enfermería:**

- **Manejo del estreñimiento/impactación (0450)**, prevención y alivio del estreñimiento/impactación, *actividades:*

- Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.
- Vigilar la presencia de ruidos intestinales y la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
- Instruir al paciente / familia sobre el uso correcto de laxantes y sobre la relación entre dieta, ejercicio e ingesta de líquidos para el estreñimiento / impactación.

❖ **Necesidad de MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA ADECUADA.** La inmovilidad de estos pacientes, que antes llevaban una vida completamente normal y activa provoca importantes alteraciones en todo su cuerpo. Diagnósticos enfermeros

➤ **Deterioro en la MOVILIDAD física, (00085)**, limitación del movimiento independiente del cuerpo o de una o más extremidades, factores relacionados con: el deterioro neuromuscular y/o musculo esquelético, disminución de la fuerza, y el control o masa muscular.

- **NOC, Resultados:**

- **Nivel de movilidad (0208)**

- Movimiento muscular y articular.
- Mantenimiento del equilibrio y de la posición corporal, utilizar la escala de valoración del equilibrio y la marcha, (*anexo I*).
- Come, se viste, usa el inodoro y realiza una higiene corporal solo

- **NIC, Intervenciones de enfermería:**

- **Ayuda con los cuidados: Alimentación (1803)**, descrito anteriormente en el diagnóstico enfermero de déficit de AUTOCUIDADO, Alimentación (00102).
- **Ayuda con los cuidados: vestirse/ arreglo personal (1802)**, ayudar al paciente con la ropa y aseo, *actividades*:
 - Recomendar ropas cómodas y fáciles de manejar.
 - Estar disponibles para ayudar en el vestir.
 - Estimular el arreglo personal del paciente.
- **Ayuda en los autocuidados: baño/higiene**, ayudar a un paciente a realizar la higiene personal, *actividades*:
 - Realizar el arreglo de la cama. Cama ocupada.
 - Ayuda con el cuidado perineal.
 - Facilitar que el paciente se bañe por sí mismo.
 - Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
- **Terapia de ejercicios: control muscular(0226)**, utilización de protocolos de actividad o ejercicios para mejorar o restablecer el movimiento controlado del cuerpo, *actividades*:
 - Establecer una secuencia de actividades diarias de cuidados para potenciar los efectos de la terapia de ejercicios.
 - Ayudar al paciente a desarrollar el protocolo de ejercicios para conseguir resistencia, fortaleza y flexibilidad.
 - Vigilar la respuesta emocional, cardiovascular y funcional del paciente al protocolo de ejercicios.
 - Utilizar escala de valoración del tono muscular, (*anexo2*).
- **Manejo del dolor (1400)**, alivio o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente, *actividades*:
 - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, frecuencia, aparición/duración, calidad, intensidad o severidad, (*anexo 3*).
 - Observar claves no verbales de molestias, especialmente en pacientes que no puedan comunicarse.
 - Asegurarse de que el paciente recibe los cuidados analgésicos correspondientes.

- Utilizar un enfoque multidisciplinar al manejo del dolor, cuando corresponda.
- Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, especialmente después de las dosis iniciales, se debe observar también efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas y vómitos, sequedad de boca y estreñimiento).

➤ **Riesgo de deterioro de la INTEGRIDAD CUTANEA (00047), factores de riesgo:**

- 1) Factores mecánicos (fricción).
- 2) Presión en zonas de prominencias óseas contra el colchón durante un tiempo.
- 3) Humedad.
- 4) Inmovilización.
- 5) Alteración del estado metabólico, circulación y/o déficit inmunológico.

● **NOC, Resultados:**

○ **Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101).**

- Integridad y elasticidad de la piel.
- Hidratación y buena coloración de la piel.

○ **Control del riesgo (1902).**

- Reconocer factores de riesgo.
- Modificar el estilo de vida para reducir el riesgo.

● **NIC, Intervenciones de enfermería:**

○ **Prevención de las úlceras por presión (3540), en pacientes con alto riesgo a desarrollarlas, *actividades:***

- Utilizar escala de NORTON para valorarlas, (*anexo 4*).
- Valorar el estado de la piel al ingreso y coincidiendo con el aseo. diario, haciendo especial hincapié en prominencias óseas.
- Vigilar las zonas enrojecidas.
- Eliminar el exceso de humedad en la piel (sudor, drenajes, heridas y/o incontinencia urinario o fecal).
- Aplicar barreras de protección si procede.
- Realizar Cambios posturales cada 2/3 horas durante el día y cada 4 horas durante la noche.
- Registrar el programa de cambios posturales.

- Fomentar ejercicios pasivos.
 - Colocar al paciente lo más cómodo, ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión del colchón.
 - Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.
 - Utilizar colchones anti escaras.
 - Hidratar la piel seca intacta.
 - No utilizar jabones agresivos ni agua muy caliente o muy fría.
 - Observar color de la piel, calor, pulsos, textura, si hay inflamación, edema y ulceraciones.
 - Educar al paciente y familia sobre los cuidados.
 - **Cuidados de la piel, tratamiento tópico, (3584)**, aplicación de sustancias tópicas o manipulación de dispositivos para promover la integridad de la piel y minimizar la pérdida de la solución de continuidad.
 - Evitar el uso de ropa de cama de textura áspera.
 - Aplicar lubricantes para hidratar fosas.
 - Hidratación de la piel integra.
 - **Vigilancia de la piel (3590)**, recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.
 - Observar enrojecimiento y pérdida de integridad en la piel, fuentes de presión y fricción, zonas edematosas, erupciones y abrasiones en la piel y/o excesiva sequedad o humedad en la piel.
 - Vigilar el color de la piel y comprobar la temperatura.
 - Instaurar medidas para evitar mayor deterioro.
 - Instruir al cuidador acerca de los signos de pérdida de la integridad de la piel, si procede.
- ❖ **Necesidad de DORMIR y DESCANSAR.** Debido a la rápida aparición y progresión de la enfermedad y a las complicaciones médicas, como son, el dolor, la ansiedad, la angustia y la alteración del ciclo de vigilia y sueño, se han diagnosticado una serie de problemas reales o de riesgo como son:
- **Insomnio 00095**, trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora o repercute negativamente en su vida, relacionado con:
- 1) Ansiedad y depresión.

- 2) Factores ambientales (ruido, temperatura, luz....).
- 3) Temor.
- 4) Cambios del patrón de sueño.
- 5) Medicamentos.
- 6) Malestar físico.

- **NOC, Resultados:**

- **Sueño (0004).**

- Patrón del sueño.
- Sueño ininterrumpido.
- Descansado físicamente y mentalmente.

- **NIS, Intervenciones de enfermería:**

- **Fomentar el sueño (1850)**, facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia, *actividades:*

- Determinar el esquema de sueño y los efectos que tiene la medicación del paciente sobre este.
- Observar y registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia.

- ❖ **Necesidad de mantener la TEMPERATURA CORPORAL.**

- **Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal (00005)**, riesgo de sufrir un fallo en los mecanismos reguladores de la temperatura corporal, relacionado con:

- 1) Inactividad.
- 2) Alteraciones de la tasa metabólica.
- 3) Medicación.

- **NOC, Resultados:**

- **Termorregulación (0800).**

- Temperatura cutánea aumentada.
- Hipertermia.

- **NIC, Intervenciones de enfermería:**

- **Monitorización de signos vitales (6680)**, *actividades:*

- Controlar ritmo y frecuencia cardiaca.
- Observar si hay relleno capilar normal y la presencia de pulsos.
- Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio.
- **Regulación de la temperatura (3900), actividades:**
 - Comprobar la temperatura en los intervalos de tiempo indicados.
 - Observar color, temperatura de la piel, signos y síntomas de hipotermia o hipertermia y registrarlos.

❖ **Necesidad de mantener la HIGIENE CORPORAL**

- **Déficit de autocuidado BAÑO/HIGIENE (00108)**, incapacidad total o parcial para realizarse el aseo y baño diario. Se ayudará al paciente a realizarlo y fomentar su autocuidado, relacionado con:

- 1) Deterioro muscular.
- 2) Dolor.
- 3) Ansiedad.
- 4) Cansancio.

● **NOC, Resultados:**

- **Autocuidados: actividades de la vida diaria (0300).**

- Cambia de posición, come y realiza su higiene diaria solo.

● **NIC, Intervenciones de enfermería:**

- **Ayuda al autocuidado baño higiene (1801), actividades:**

- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.
- Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño).

- **Cuidados perineales (1750), actividades:**

- Ayudar con la higiene perineal.
- Mantener el perineo seco.

❖ **Necesidad de evitar PELIGROS EN EL ENTORNO.** Dentro del ámbito hospitalario el diagnóstico enfermero más frecuente será:

➤ **Riesgo de caídas (00155)**, riesgo de sufrir lesiones físicas por caídas accidentales, relacionado con: Alteraciones en el sistema neurológico, en la movilidad física y en la fuerza de las extremidades inferiores.

• **NOC, Resultados:**

○ **Conducta de seguridad, prevención de caídas (1909)**

- Compensación de las limitaciones físicas.
- Reconoce el riesgo.
- Uso correcto de dispositivos de ayuda.
- Utilizar escalas, conducta de prevención de caídas, (*anexo 5*)

○ **Estado de seguridad, caídas (1912).**

- Numero de caídas sentado y de la cama

• **NIC, Intervenciones de enfermería:**

○ **Prevención de caídas (6490)**, precauciones especiales en estos pacientes por tener riesgo de lesiones por caídas, *actividades:*

- Identificar el déficit físico del paciente que pueda aumentar la posibilidad de caídas en el hospital, (*anexo 6*)
- Colocar objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzo.
- Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse.
- Utilizar barandillas laterales de longitud y altura para evitar caídas de la cama.
- Proporcionar dispositivos de ayuda (barra de apoyo) para conseguir una deambulación estable.

❖ **Necesidad de SEGURIDAD**

➤ **Riesgo de INFECCIÓN (00004)**, riesgo mayor de lo habitual de ser invadido por microorganismos patógenos, relacionado con:

- 1) Alteración de las defensas primarias o secundarias.
- 2) Déficit inmunológico adquirido o inducido por medicamentos o procedimientos terapéuticos.
- 3) Procedimientos invasivos (ventilación mecánica, vías periféricas y/o centrales, sonda vesical...).

4) Desnutrición.

• **NOC, Resultados:**

○ **Control del riesgo (1902).**

- Reconocer el riesgo, signos y síntomas de la infección.
- Supervisar los factores de riesgo medioambientales.
- Supervisar los factores de riesgo de la conducta personal, higiene, desinfección y cuidado personal.

○ **Estado infeccioso (0703).**

- Fiebre.
- Dolor/hipersensibilidad.
- Flebitis por catéter venoso periférico.
- Colonización en el cultivo de punta de catéter venoso periférico y/o central.
- Hematuria.
- Infección del tracto urinario (sondaje vesical, medicamentos, disminución de las defensas...).

• **NIC, Intervenciones de enfermería:**

○ **Control de infecciones (6540),** minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos, *actividades:*

- Fomentar la ingesta de nutrientes adecuada.
- Hidratación adecuada.
- Técnica correcta de lavado de manos.

○ **Cuidados del catéter urinario (1876),** actuación ante un paciente con equipo de drenaje urinario, *actividades*

- Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario.
- Limpiar la zona dérmica genital regularmente.
- Cambiar el sistema del drenaje urinario periódicamente.

○ **Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (2440),** manejo del paciente con acceso venoso prolongado mediante catéteres periféricos y/o centrales, *actividades:*

- Cambiar los sistemas, vendajes y tapones, de acuerdo con el protocolo del centro.
- Observar si hay signos de oclusión del catéter, signos y síntomas asociados con infección local o sistémica (rojez, tumefacción, sensibilidad, fiebre, malestar).

- Heparinizar la vía de acuerdo con el protocolo del centro.
- **Ansiedad (00146)**, paciente con un sentimiento de aprensión o de amenaza, relacionada con la aparición de un peligro contra su vida cuyo origen desconoce, relacionado con:
 - 1) Amenaza de su salud.
 - 2) Crisis personal.
 - 3) Amenaza de muerte.
- **NOC, Resultados:**
 - **Control de la ansiedad (1402).**
 - Utiliza estrategias de superación efectivas.
 - Refiere dormir de forma adecuada.
 - Controla la respuesta de ansiedad.
 - Verbaliza aceptación de la situación de salud.
- **NIC, Intervenciones de enfermería:**
 - **Disminuir la ansiedad (5820)**, minimizar la aprensión, temor y presagios, *actividades*
 - Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
 - Escuchar con atención.
 - Crear un ambiente que facilite confianza.
 - Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedo.
 - Identificar cambios en el nivel de ansiedad.
 - Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- **Dolor agudo (00132)**, son pacientes con una situación sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión, de inicio súbito y de intensidad variable, relacionado con: Agentes lesivos de origen biológicos, en este caso.
 - **NOC, Resultados:**
 - **Control del dolor (1605).**
 - Refiere síntomas al personal de enfermería.
 - Reconoce los síntomas del dolor.
 - **Nivel del dolor (2102).**
 - Duración de los episodios del dolor.

- Dolor referido.
- **NIC, Intervenciones de enfermería:**
- **Manejo del dolor (1400)**, alivio o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable, *actividades:*
 - Realizar valoración exhaustiva del dolor, nos ayudaremos si es preciso de escalas.
 - Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
 - Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (relajación, distracción...), antes, durante y después de la actividad dolorosa.

❖ **Necesidad de COMUNICACIÓN.**

- **Deterioro de la comunicación verbal (00051)**, relacionado con alteraciones del sistema nervioso
 - **NOC, resultados:**
 - **Capacidad de comunicación (0902).**
 - Utilizar lenguaje escrito, hablado. Dibujar y/o lenguaje no verbal.
 - Reconoce los mensajes recibidos.
 - Intercambia mensajes con los demás.
 - **NIC, Intervenciones:**
 - **Fomento de la comunicación: déficit del habla (4976)**, ayuda en la aceptación y aprendizaje de los métodos alternativos para vivir con trastornos del habla.
 - Utilizar palabras simples y frases corta.
 - Utilizar dibujos y/o escritura si es preciso.
 - Animar al paciente a que repita palabras.
 - Proporcionar un refuerzo y una valoración positivos, si es preciso.

❖ **Necesidad de AUTOREALIZACION.**

- **Baja autoestima situacional (00120)**, el paciente presenta ante esta enfermedad una autoevaluación negativa, relacionado con:
 - 1) Deterioro funcional del cuerpo.
 - 2) Sentimientos de ser rechazado.

- 3) Una evaluación negativa de su estado.
- 4) Siente desesperanza ante su situación.

❖ **NOC, Resultados:**

- **Imagen corporal (1200).**
 - Adaptación a cambios en la función corporal.
- **Superación de problemas (1302).**
 - Verbaliza aceptación de la situación.
 - Utiliza el apoyo social disponible.
 - Refiere disminución de los sentimientos negativos.

❖ **NIC, Intervenciones de enfermería:**

- **Potenciación de la autoestima (5400),** ayudar a estos pacientes a que aumenten el juicio personal de su propia valía, *actividades:*
 - Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar la situación actual.
 - Animar al paciente a identificar sus virtudes.
 - Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente.
 - Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros

❖ **Necesidad de APRENDIZAJE.**

➤ **Disposición para mejorar el autocuidado (00182), relacionado con:**

- 1) Deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento de su vida diaria.
- 2) Deseo de aumentar el bienestar personal.
- 3) Presenta estrategias para el autocuidado.

● **NOC, Resultados:**

- **Conocimiento: fomento de la salud, durante la estancia hospitalaria (1823).**
 - Descripción de prevención y control de infecciones.

● **NIC, Intervenciones de enfermería:**

- **Facilitar el aprendizaje (5520).**
 - Repetir la información importante.
 - Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente.

Este plan de cuidados sería aplicable a pacientes desde el momento del diagnóstico de SGB hasta su alta hospitalaria. A partir de ese momento y dependiendo de las secuelas necesitaría la intervención de otros profesionales, (fisioterapia, centros especializados en secuelas neurológicas, etc.).

CONCLUSIONES

La rápida actuación por parte de enfermería y la realización de un plan de cuidados hospitalario para estos pacientes, hace que la evolución de las secuelas disminuya en número y en severidad, evitando también otras complicaciones y ayuda al paciente a controlar la ansiedad sobre su nueva situación de salud.

Para ello, se establece un plan de cuidados hospitalario de enfermería, teniendo en cuenta que una vez recibida el alta hospitalaria, dichos pacientes requerirán otro tipo de cuidados, en los que cabe destacar los procesos de rehabilitación y atenciones psicológicas.

Este plan de cuidados enfermeros en el ámbito hospitalario, se lleva a cabo para que sirva de apoyo y ayuda al personal de enfermería ante un paciente con dicha patología.

BIBLIOGRAFIA

1. G. PIÑOL-RIPOLL PLPMGRIDL. Características del síndrome de Guillain-Barré en el área III de salud de la Comunidad Autónoma de Aragón. *Anales de medicina interna*. 2008; 25(3).
2. Jaime FCD. Síndrome de Guillain Barré. *BUN Synapsis*. 2007 Abril-Junio; 2.
3. MsC. Isabel Adela Vigil Zulueta IMAGSDLO. Rehabilitación de niños y adolescentes con síndrome de Guillain- Barré. *MEDISAN*. 2012; 16(10)(1514).
4. Dr. Mario Santiago Puga Torres 1DAPSyMRBP. SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ. *Rev Cubana Med Milit*. 2003; 32(2).
5. Pérez JC. Síndrome de Güillain Barré (SGB). *Acta Neurol Colomb*. 2006; 22(201-208).
6. Pascual SIP. Síndrome de Guillain-Barré. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica*. 2008.

7. María Inés Acosta MJCMFREMA. SINDROME DE GUILLAIN BARRE. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2007 Abril;(168).
8. Gamarra GNS, Rosciani DFC, Sosa DFA. UNA REVISION: SINDROME DE GUILLEN BARRE. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 22 199 – Marzo 2010. 2010 Marzo;(22).
9. Marina Cañizal ECL. monografias.com. [Online].; 2006 [cited 2015 Abril 14. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos37/sindrome-guillain-barre/sindrome-guillain-barre2.shtml>.
10. R. AMAYA VILLAR JGMYMDRF. scielo.isciii. [Online].; 2009 [cited 2015 Abril 14. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v33n3/puesta.pdf>.
11. Cobo JCBVyJFL. PROCESO ENFERMERO DESDE EL MODELO DE CUIDADOS DE VIRGINIA HENDERSON Y LOS LENGUAJES NNN. PRIMERA EDICIÓN ed. Jaén ICOEd, editor. JAÉN; 2010.
12. Besora Torredelot I, castillo de la rosa e, Chaura López I, Fernandez Ferrín C, Gimenez Maroto AM, Inarejos Garcia M, et al. Los diagnósticos enfermeros. 8th ed. Barcelona: ELSEVIER MASSON.
13. Sofia. DdEdHUR. sitio web de la Junta de Andalucía. [Online]. [cited 2015 Abril. Available from: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/enfermeria/cuidados_enfermeria/nanda_nicnoc.pdf.
14. web del Servicio Andaluz de Salud. [Online].; 2014 [cited 2015 mayo. Available from: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5.
15. González P GXGAAJDHUC,SJLdMJ,HO. sitio Web de pubmed. [Online].; 2014 [cited 2015 Marzo. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25542501>.

ANEXOS (14)

❖ Anexo 1

ESCALA DE VALORACIÓN DEL EQUILIBRIO Y LA MARCHA –Tinetti-

Población diana: Población general. Se trata de una escala **hetero-administrada** que consta de 22 ítems, dividida en dos subescalas: equilibrio estático y equilibrio durante la marcha. Tener 3 o más anomalías se correlaciona con personas de mayor edad que realizan menor ejercicio físico y que tienen mayor antecedentes de caídas.

Equilibrio estático	Normal	Adaptada	Anormal
1. Equilibrio sentado	Estable	Silla con agarradero para mantenerse de pie	Inclinado resbala de la silla
2. Levantarse de una silla	Capaz de levantarse con un movimiento simple, sin apoyarse	Utiliza los brazos para levantarse o se mueve hacia delante con la silla antes de intentar levantarse	Intentos múltiples inútiles. Incapaz de levantarse sin ayuda de otra persona
3. Equilibrio inmediato después de haberse levantado (3-5')	Capaz de levantarse, no se mueve ni se apoya	Estable pero utiliza ayuda para andar (bastón), u otro objeto para su apoyo	Algún signo de movimiento
4. Equilibrio en bipedestación	Estable, no se apoya	No puede mantener los pies juntos	Algún signo de movimiento o ayuda de objeto
5. Equilibrio en bipedestación con los ojos cerrados	Estable, no se apoya	Estable con los pies separados	Algún signo de movimiento o necesita ayuda de objeto
6. Equilibrio después de un giro de 360°	No se coge ni tambalea, sin necesidad de apoyo a un objeto. Estable de forma permanente	Pasos discontinuos (pone un pie completamente en el suelo antes de elevar el otro)	Algún signo de movimiento o necesidad de ayuda de un objeto
7. Resistencia a "empujón a esternón"	Estable	Se desplaza pero es capaz de mantener el equilibrio	Caería si el examinador no lo ayudase a mantener el equilibrio
8. Equilibrio después de la rotación de la cabeza	Capaz de rota la cabeza sin caerse, no se tambalea ni tiene dolor	Capacidad disminuida, pero sin signos de mareo, inestabilidad o dolor	Algún signo de movimiento o dolor cuando intenta rotar la cabeza
9. Equilibrio en posición unipodal (5')	Capaz de estar estable sobre un pie durante ese periodo, sin apoyarse		Incapaz
10. Equilibrio en extensión de la columna vertebral	Buena extensión del cuello sin necesidad de apoyo, no actos tambaleos	Disminuida al comparar con pacientes de igual edad o necesita apoyarse	Incapaz de extender, o no lo intenta
11. Equilibrio con extensión de columna vertebral y elevación de los brazos, apoyándose en la punta de los pies	Capaz de efectuar el movimiento estable	Capaz de efectuar el movimiento pero necesita un punto de apoyo	Incapaz o bien se mueve
12. Equilibrio inclinado hacia delante (coger un objeto del suelo)	Es capaz de efectuar movimiento, coge objeto del suelo sin necesidad de ayuda	Capaz de efectuar el movimiento, coge objeto del suelo, con apoyo al levantarse	Incapaz de efectuar el movimiento o múltiples intentos
13. Equilibrio para sentarse	Capaz de hacer con un movimiento armónico	Necesita ayuda de los brazos, o movimiento no armónico	Cae en la silla y se equivoca en el cálculo de la distancia

❖ Anexo 2

Escala de espasticidad de Ashworth modificada

0: Tono muscular normal.

1: Hipertonía leve. Aumento en el tono muscular con “detención” en el movimiento pasivo de la extremidad, mínima resistencia en menos de la mitad de su arco de movimiento.

2: Hipertonía moderada. Aumento del tono muscular durante la mayor parte del arco de movimiento, pero puede moverse pasivamente con facilidad la parte afectada.

3: Hipertonía intensa. Aumento prominente del tono muscular, con dificultad para efectuar los movimientos pasivos.

4: Hipertonía extrema. La parte afectada permanece rígida, tanto para la flexión como para la extensión.

❖ Anexo 3

Cuestionario de nivel de dolor.

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

CUESTIONARIO DE DOLOR ESPAÑOL – CDE –

Población diana: Población general con dolor agudo y crónico. Se trata de un cuestionario **autoadministrado**. El cuestionario presenta varias dimensiones tal y como se presenta en la tabla siguiente:

CLASES	Sensorial	Afectiva	Evaluativa
SUBCLASES	Temporal 1 Térmica Presión constrictiva Presión puntiforme / incisiva Presión de tracción gravativa Espacial Viveza.	Temor Autonómica / vegetativa Castigo Tensión / cansancio Cólera / disgusto Pena / ansiedad	Temporal 2 Intensidad

El cuestionario obtiene tres resultados: Valor de intensidad total, valor de intensidad actual y Escala visual analógica.

- El valor de intensidad total se obtiene de la suma de los valores de cada clase: valor de intensidad de dolor sensorial, afectiva y evaluativa. El valor de cada clase se valora marcando los descriptores que se encuentran dentro de sus subclases, donde el paciente debe marcar uno o ningún descriptor. Si marca uno puntúa 1 y si no marca ninguno puntúa 0. El valor de intensidad sensorial se obtiene sumando y estará, por tanto, entre 0 y 7. El valor de intensidad afectivo oscila entre 0 y 6. El valor de intensidad evaluativo será 0 o 1. De la suma de estas tres dimensiones se obtiene la puntuación del valor de intensidad total, que se comprenderá entre 0 y 14.
- El valor de intensidad actual se obtiene de una escala tipo Likert de 0 a 5
- El valor de la Escala Visual Analógica se puntúa de 0 a 10.

RESULTADOS		
Valor de intensidad sensorial	0/7	
Valor de intensidad afectiva	0/6	
Valor de intensidad evaluativa	0/1	
Valor de intensidad total	0/14	
Valor de intensidad actual	0/5	
Escala Visual Analógica	0/10	

Anexo 4

Escala de riesgo de úlceras por presión, norton.

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

ESCALA DE RIESGO DE UPP – NORTON-

Población diana: Población general hospitalizada y que vive en la comunidad. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** de 5 ítems (estado físico general, el estado mental, la actividad, la movilidad y la incontinencia) cuya puntuación oscila de 1 a 4 para cada uno, con un rango total de la escala 1-20. Un total de 14 puntos o más bajo nos indica que el paciente es de riesgo y deben adoptarse medidas preventivas (Cuanto más bajo sea el total de puntos, el riesgo es mayor).

Escala de Norton. Modificada por el grupo de trabajo del Insalud de Madrid

Puntos	1	2	3	4
Estado físico general	Muy malo	Pobre	Mediano	Bueno
Incontinencia	Urinaria y fecal	Urinaria o fecal	Ocasional	Ninguna
Estado mental	Estuporoso y/o comatoso	Confuso	Apático	Alerta
Actividad	Encamado	Sentado	Camina con ayuda	Ambulante
Movilidad	Inmóvil	Muy limitada	Disminuida	Total

FECHA					
PUNTUACIÓN					

❖ Anexo 5

Nombre	Fecha
Unidad/Centro	Nº Historia

Conducta de prevención de caídas (1909)

Población diana: Población general. Se trata de una serie de indicadores **hetero-administrados** que ayudan a valorar áreas de riesgo para las caídas. Consta de 19 ítems, con un rango de puntuación de 1 a 5. No responde a una puntuación total, por lo que los indicadores deben ser valorados individualmente.

Código	Indicador	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado	No procede
190903	Colocación de barreras para prevenir caídas	1	2	3	4	5	N/P
190905	Colocación de pasamanos si es necesario	1	2	3	4	5	N/P
190915	Uso de barandillas para agarrarse	1	2	3	4	5	N/P
190914	Uso de alfombrillas de goma en la bañera o ducha	1	2	3	4	5	N/P
190910	Uso de zapatos con cordones bien ajustados	1	2	3	4	5	N/P
190901	Uso correcto de dispositivos de ayuda	1	2	3	4	5	N/P
190918	Uso de gafas oculares	1	2	3	4	5	N/P
190902	Provisión de ayuda personal	1	2	3	4	5	N/P
190919	Uso de medios de traslado seguros	1	2	3	4	5	N/P
190922	Proporciona la iluminación adecuada	1	2	3	4	5	N/P
190909	Uso apropiado de taburetes /escaleras	1	2	3	4	5	N/P
190906	Eliminación de objetos, derramamientos y abrillantadores en el suelo	1	2	3	4	5	N/P
190907	Fijación de alfombras	1	2	3	4	5	N/P
190908	Reorganización para eliminar la nieve y el hielo de las superficies de paso	1	2	3	4	5	N/P
190911	Adaptación de la altura adecuada del váter	1	2	3	4	5	N/P
190912	Adaptación de la altura adecuada de la silla	1	2	3	4	5	N/P
190913	Adaptación de la altura adecuada de la cama	1	2	3	4	5	N/P
190916	Agitación e inquietud controladas	1	2	3	4	5	N/P
190917	Uso de precauciones a la hora de tomar medicamentos que aumenten el riesgo de caídas	1	2	3	4	5	N/P

❖ Anexo 6

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

CUESTIONARIO DE RIESGO DE CAÍDAS EN HOSPITAL – Morse-

Población diana: Población general hospitalizada. Se trata de una escala **hetero-administrada** que consta de 6 ítems, con un rango total de 0 a 125. Presenta dos puntos de corte en función al riesgo de caída: Sin riesgo (< 24), Riesgo bajo (25-50), Y Riesgo alto (>50).

ÍTEMS	RESPUESTA	PUNTOS
1. Antecedentes de caídas recientes o en los 3 últimos meses	No	0
	Si	25
2. Diagnóstico secundario	No	0
	Si	15
3. Ayuda para la deambulaci3n	Reposo en cama, ayuda de enfermera	0
	Muletas, bast3n, andador	15
	Muebles	30
4. Cat3teres IV/ Vía heparinizada	No	0
	Sí	20
5. Equilibrio/traslado	Normal, reposo en cama, inm3vil	0
	D3bil	10
	Alterado	20
6. Estado Mental	Orientado seg3n las posibilidades	0
	Olvida sus limitaciones	15
PUNTUACI3N TOTAL		