



---

# Pla de cures infermer a la persona amb la síndrome de Guillain Barré: un repte assistencial després de l'alta

---

Tipus de treball: Pla de Cures Infermer



MAR CARBAJAL ROYES  
TUTORA: ROSA SUÑER SOLER  
Treball Final de Grau  
Promoció 2013- 2017

*Dedico a la meva família, parella i amics aquest treball per la seva paciència i recolzament tant en el seu desenvolupament com al llarg de tota la carrera, estudis que m'han obert camí cap a aquest apassionant món sanitari. Especialment al meu pare que m'ha motivat contínuament i al meu "abuelo" ja que és el motiu principal del meu interès per aquesta síndrome.*

*"El cuidado es la esencia de la enfermería"*  
Jean Watson

## Agraïments

Independentment de la meva família, la qual ja en faig referència a la dedicatòria, m'és imprescindible mencionar a la meva tutora, la Dra. Rosa Suñer Soler, per la seva gran implicació i dedicació en aquest treball. Així mateix, per facilitar-me el contacte amb la cap d'infermeria, Joana Rodrigo Gil, del Servei de Neurologia de l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona, a la qual li agreixo, també, la primera orientació que em va donar sobre la temàtica. Orientació que em va fer reflexionar sobre el punt de partida del Pla de Cures.

## Índex

Resum .....	4
Abstract .....	5
1. Introducció .....	7
1.1 Antecedents històrics de la malaltia .....	7
1.2 Definició de la síndrome .....	8
1.3 Epidemiologia i prevalença.....	9
1.4 Etiologia.....	9
1.5 Evolució.....	10
1.6 Diagnòstic i tractament.....	11
1.7 Importància de les cures d'infermeria en la SGB.....	13
2. Objectius .....	14
3. Metodologia .....	14
4. Pla de cures infermer .....	16
4.1 Valoració prèvia a l'alta a domicili.....	16
4.2 Pla de Cures de continuïtat assistencial.....	22
5. Discussió.....	55
6. Conclusions .....	56
7. Bibliografia .....	58
8. Annexes .....	64

## Resum

La síndrome de Guillain Barré (SGB) és una neuropatia que genera un gran impacte en les necessitats bàsiques de les persones, a causa de l'afectació que es dona en els nervis perifèrics que comporta com a tret característic una intensa debilitat muscular. Per aquest motiu, després d'un període de cures complexes i continuades durant l'hospitalització d'aquests pacients, es fa necessari la continuació d'aquestes cures per tal de garantir una recuperació completa i evitar complicacions.

**Objectius:** Elaborar un Pla de Cures Infermer a l'alta hospitalària de persones afectades de la Síndrome de Guillain Barré que asseguri la continuïtat assistencial de les cures.

**Metodologia:** S'ha dut a terme una revisió bibliogràfica (Cochrane, Pubmed, Scielo) de l'atenció d'infermeria en les persones afectades de la SGB, a més de revisar el tractament actual d'aquesta malaltia. S'ha fet ús de la base NNNConsult i fons especialitzades en plans de cures per descriure diagnòstics NANDA, resultats esperats NOC i intervencions NIC. Per la descripció del pla de cures s'han tractat, sobretot, les necessitats més alterades d'aquestes persones, considerant dades epidemiològiques.

**Resultats:** En la primera part del treball es descriuen les alteracions de cada una de les 14 necessitats esmentades per Virginia Henderson, d'un pacient ingressat amb la SGB a la Unitat de Cures Intensives (UCI), per tal de poder realitzar un pla de cures a domicili tenint en compte la continuïtat assistencial. En una segona part, s'ha discernit entre les necessitats que es resolen anteriorment a l'alta i les que persisteixen, com la necessitat de moure's, respirar, alimentar-se i eliminar. Finalment, s'han formulat diagnòstics, NOCS i NICS, segons la taxonomia NANDA, en base a l'evidència científica, destacant diagnòstics com deteriorament de la deglució i de la mobilitat física, risc d'aspiració i de restrenyiment, dèficit de coneixements, temor i ansietat. Respectivament, s'han relacionat intervencions de forta evidència com teràpia de deglució, foment de l'exercici, precaucions per evitar l'aspiració, maneig del restrenyiment, i educació sanitària, potenciar la seguretat i disminució de l'ansietat.

**Conclusions:** Es considera fonamental l'assistència continuada en aquests pacients que requereixen seguiment multidisciplinari a domicili per assegurar una recuperació adient de totes les necessitats deteriorades i una millora en la seva qualitat de vida.

El rol infermer en les cures de continuïtat de persones afectades de la SGB esdevé essencial tant en la coordinació com en el maneig físic i psicosocial en l'àmbit extra-hospitalari.

**Paraules clau:** Guillain Barré, Infermeria, Cures intensives, Cures de transició, Continuïtat assistencial, Rehabilitació.

## Abstract

The Guillain Barré Syndrome (GBS) is a neuropathology that has a huge impact in the basic needs of the individual due to the damage that the peripheral nerves suffer which leads to, as a hallmark, an intensive muscular debility. Thus, after a period of intensive and continued care during the hospitalisation process of these patients, is necessary the monitoring of these care to guarantee a complete recovery and avoid complications.

**Objectives:** To develop a discharge Care Nursing Program for people suffering from Guillain Barré syndrome to ensure the continuity of care .

**Methods:** It has been done a literature review (Cochrane, Pubmed, Scielo) of nursing care attention for people affected with GBS, a part of reviewing the current treatment of this disease. It has been also used the NNNConsult base and specialized care plans to describe NANDA diagnoses, NOC outcomes and NIC interventions. To elaborate the care plan description has been discussed the mainly deteriorated needs of these patients, considering epidemiological data.

**Results:** In the first part are described the alterations of each 14 need defined by Virginia Henderson, of a patient with GBS admitted at the Intensive Care Unit (ICU), in order to produce a care home programme involving the continuity of care. In the second part, the alterations found at the ICU have been examined and discerned between the needs which have been previously resolved and the ones that persist after the discharge, as the need of moving, breathing, eating and eliminating. Finally, some diagnoses, NOCS and NICS, have been formulated, following NANDA taxonomy, with scientific evidence available. Some diagnoses have been underlined, as swallowing and physical mobility alteration, risk of aspiration and constipation and lack of knowledge, fear and anxiety. Respectively, interventions with strong evidence have been related, such as swallowing therapy, encouraging exercise, aspiration

precautions, management of constipation, health education, enhancing security and decreasing anxiety.

**Conclusions:** Continuous support has been considered essential because these patients require multidisciplinary monitoring home attention to ensure an appropriate recovery of all the deteriorate needs and a quality life improvement. The nursery importance is crucial in both, coordination and physical and psychosocial management of this disease in the extrahospitalary field, in a continued way.

**Key words:** Guillain-Barré, Nursing, Intensive care, Transitional care, Care continuity, Rehabilitation.

## 1. Introducció

### 1.1 Antecedents històrics de la malaltia

Kussmaul, després de contraure una polirradiculonopatia ascendent el 1850, va investigar sobre aquesta afectació atès que era poc coneguda en aquells temps (1). Temporalment, va ser anomenada *paràlisi de Landry-Kussmaul* (1) ja que la descripció inicial de la síndrome es va atribuir al neuròleg francès Jean Baptiste Octave Landry de Thézillat, el qual el 1859 va descriure deu casos que van desenvolupar debilitat i paràlisis ascendents (des de les cames, braços, coll fins als músculs respiratoris del tòrax), introduint el terme “paràlisi ascendent” (2). Tanmateix, havia estat descrita anteriorment clínicament per Auguste François Chomel el 1828, per James Wardrop el 1834 i Robert James Graves el 1848 (2). D'altra banda, Karl Freiderich Otto Westphal va ser el primer en utilitzar l'epònim “paràlisi ascendent de Landry”, en el moment en que va reportar quatre pacients que van morir d'insuficiència respiratòria el 1876 (1). És més, William Osler va descriure el quadre magistralment el 1892, l'any que es va introduir el terme “polineuritis febril aguda”, en el seu llibre “The principles and Practice of Medicine” (1).

El descobriment de Quinke (3) l'any 1891, en el que va extreure líquid cefaloraquídi (LCR), va obrir camí als científics George Guillain, Jean Alexander Barré i Andre Strohl. El 1916, Guillain, Barré i André Strohl van descobrir el quadre clínic, i aquest últim va descobrir les característiques electrofisiològiques i la *dissociació albumino-citològica*, un tret característic de la Síndrome de Guillain Barré (SGB); la concentració de proteïnes en el LCR amb un recompte cel·lular normal (4,5). De manera paral·lela, aquell mateix any, Pierre Marie també va descriure aquesta dissociació.

El terme SGB el van utilitzar per primera vegada, el 1927, Drago nescu i Claudian, que, per alguna raó desconeguda, van ometre el nom de Strohl en la publicació, a més de no reconèixer que la síndrome fou descrita prèviament per Chomel, Graves, Landry, Kussmaul, Westphal y Osler.

L'any 1949, Haymaker i Keronhen van considerar el trastorn com una desmielinització. Al 1969, Asbury conjuntament amb altres científics van reportar els signes clínics i els resultats de les autòpsies de 19 pacients morts per la síndrome, als quals se'ls va realitzar una extensa dissecció nerviosa (6).



## 1.2 Definició de la síndrome

La síndrome de Guillain Barré és una neuropatia autoimmunitària en el que el propi sistema de defensa de l'organisme ataca part del sistema nerviós perifèric (SNP) per error (7). S'entén com a neuropatia, l'afectació difosa, bilateral i predominantment distal del SNP, de manera que es lesionen de forma simètrica i pràcticament simultània els nervis de les 4 extremitats, tot i que no és estrany que, en el seu inici, predomini en els membres inferiors i afecti als braços en el curs de l'evolució (8).

La lesió dels nervis perifèrics, que connecten el cervell i la medul·la espinal amb la resta del cos, dificulta o impedeix la transmissió de senyals i, com a conseqüència, els músculs pateixen una dificultat per rebre i respondre les senyals enviades pel cervell (4). Per tant, s'esdevé una inflamació nerviosa que ocasiona, inicialment, diferents graus de debilitat muscular, parestèsia o paràlisi, entre d'altres símptomes, podent trobar-se amb una amenaça de mort (9), si aquests arriben a nivells molt severos.

Microscòpicament, s'indueix una resposta immunològica (humoral i cel·lular) que canvia la naturalesa de les cèl·lules del SNP, les quals l'organisme reconeixerà com estranyes. Com a conseqüència, els limfòcits T ataquen a la mielina dels nervis perifèrics lesionant els recobriments d'aquesta, el que s'anomena neuropatia desmielinitzant inflamatòria aguda (85% dels casos), o bé, reaccionen contra antígens que es troben a la membrana de l'axó, el que es coneix com la forma axonal aguda (representa el 15% restant) (10).



Figura 1: Procés de desmielinització  
Font: Institut Guttman

Actualment, es reconeix com una síndrome heterogènia amb diverses variants d'instauració (11); Les formes més comunes, i d'instauració ràpida o aguda, de la síndrome són les següents (11,12): la *Polirradiculoneuropatia desmielinitzant inflamatòria aguda motriu i sensorial* (AIDP), la *Síndrome de Miller Fisher* (MFS) que es caracteritza per oftalmoplegia, atàxia i areflèxia (1), la *Neuropatia motora aguda* (AMAN) i *Neuropatia Sensivo-motora axonal aguda* (AMSAN). En relació a les d'aparició lenta (4) es troben: la *Polineuropatia desmielinitzant inflamatòria crònica* (PDIC) i la *Neuropatia sensitivo-motora desmielinitzant multifocal adquirida* (MADSAM).

### 1.3 Epidemiologia i prevalença

Aquesta síndrome, declarada mundialment, és considerada la causa principal de paràlisis aguda arreflèctica en el món (13). Ara per ara, la incidència anual mundial s'estima que és d'entre 1,2 i 3 persones de cada 100.000 (14), i en l'embaràs arriba a 1,7 de cada 100.000 habitants aproximadament (5). Segons la bibliografia consultada, la majoria dels estudis mostren resultats sense agrupaments geogràfics ni preponderància racial. Tot i això, AMAN i AMSAN es produeixen principalment al nord de Xina, Japó (4,14) i Mèxic, constituint només el 5-10% dels casos als EUA. L'AIDP representa fins el 90% dels casos a Europa, Amèrica del Nord i els països desenvolupats (14). És més, a Nord-Amèrica, Europa Occidental i Austràlia, la majoria dels pacients compleixen els criteris electrofisiològics desmielinitzants. En canvi, al nord de Xina, fins el 65% dels pacients pateixen la vessant axonal.

En relació al sexe, aquesta síndrome té una relació 1,5 homes cada 1 dona.

Pel que fa als EUA, la distribució d'edat de la síndrome sembla ser bimodal, amb un primer pic a l'edat adulta jove (entre 15 i 35 anys) i un de segon, major en persones de mitjana edat i ancians (de 50 a 70 anys). Ara bé, els nadons sembla que tenen un risc més baix d'adquirir la patologia (14).

### 1.4 Etiologia

La SGB és anomenada una síndrome més que una malaltia ja que no es té coneixement de que existeixi un agent causant d'aquesta (9). És més, encara no se sap perquè la SGB afecta a unes persones i a d'altres no, i es pot presentar en qualsevol moment sense previ avís (6). Tot i que existeix un factor autoimmune fortament afavorit com a causant d'aquesta condició mèdica, segueix sent desconegut el mecanisme pel qual ocorre tot aquest procés. S'ha observat, com a primera alteració, una sensibilització dels limfòcits al component proteic de la mielina, el que comporta l'emigració d'aquests limfòcits sensibilitzats cap a l'interior dels nervis perifèrics, al qual li segueix la ruptura de la mielina (5).

Malgrat no tenir el coneixement exacte de l'origen d'aquesta patologia, existeixen els següents factors desencadenants (6,11,14): el sexe masculí (15), amb l'edat, infecció per *Campylobacter*, virus *Influenza* o *Epstein-Barr*, VIH (Virus de la immunodeficiència humana), *Mycoplasma pneumònia*, intervencions quirúrgiques,

Limfoma de Hodgkin, picadura d'un insecte (Zika (11)), embaràs i rarament, vacunacions.

## 1.5 Evolució

La instauració dels símptomes en la SGB és progressiva i evoluciona en 3 fases; **progressió** (es limita a 4 setmanes, *Absury 1990*) (16), **estabilització o recuperació** (de 2 a 4 setmanes) i **regressió** (sol remetre's als 3-6 mesos (13)) (6). Per definició, després d'arribar a un nivell molt intens, els símptomes s'estabilitzen a aquest nivell per un període de dies, setmanes o uns quants anys. La síndrome té la capacitat, generalment, d'autolimitar-se. És a dir, la recuperació comença espontàniament i pot durar tan sols unes setmanes o fins uns quants anys. La majoria de pacients acostumen a millorar i normalment es recuperen per complet si, al deteriorar-se, reben les mesures necessàries per combatre les alteracions en les funcions vitals que aquesta presenta, sobretot a nivell respiratori (4).

La síndrome es caracteritza per manifestar-se com una debilitat muscular general simètrica que sol ser ràpida i progressiva, d'inici distal i progressió proximal (2), podent afectar successivament a cames i braços provocant parestèsies als dits dels peus i mans, músculs respiratoris i alguns parells cranials (com el VII, IV i X), el que configura l'esmentat quadre de paràlisis ascendent de Landry. També pot haver-hi pèrdua dels reflexes osteotendinosos i signes sensitius lleus o absents i en ocasions presència de dolor a la regió lumbar baixa o a les extremitats inferiors (16).

Pel que fa a l'afectació dels parells cranials apareix en el 25% dels casos. La parèsia facial bilateral és la més característica, podent haver-hi una debilitat dels músculs de la deglució, fonació i masticació. Els símptomes més comuns associats amb l'afectació del nervi cranial inclouen debilitament facial en un 50% dels casos (16), pertorbacions, diplopies o poliopia binocular, disfàgia, disàrtria, oftalmoplegia i alteracions pupil·lars (14). Entre els signes de disfunció autonòmica, que afecten en un 70% dels casos (16), es troben arítmies (bradicàrdia, taquicàrdia paroxística o fins i tot asistòlia), hipotensió ortostàtica, hipertensió arterial transitòria o permanent, ili paralític, disfunció vesical i anhidrosis (5,16). En relació als símptomes de debilitat de la musculatura respiratòria, podem trobar taquipnea, reducció del volum corrent, moviment paragògic abdominal i/o alternança respiratòria alternativa (6).

Tot i que les recurrències són poc comuns (4), degut als diferents nivells dels múltiples signes i símptomes que la síndrome comporta, la recuperació, si el pacient sobreviu, no és necessàriament ràpida i poden quedar seqüeles (6). Entre el 10% i el 40% dels pacients presenta efectes neurològics permanents, com síndromes dolorosos neuropàtics, atàxia per afectació nerviosa sensitiva, atrofia dels músculs intrínsecs de les mans i peu caigut bilateral (17). És més, un 30%, aproximadament, dels que sobreviuen, després de 3 anys encara la pateixen. Mentre que, un 3% són propensos a experimentar una recaiguda de la debilitat muscular o sensacions de formigueig molts anys després de l'atac inicial (9). El 80% dels pacients es recuperen completament o amb petites seqüeles, entre el 10 i 15% dels pacients queden amb una discapacitat greu permanent i un 5% dels pacients moren tot i les cures intensives rebudes (6,18). Les causes de mort inclouen: destret respiratori agut, pneumònia nosocomial, broncoaspiració, aturada cardíaca inexplicable i tromboembolisme pulmonar (TEP) (6).

D'altra banda, existeixen factors associats a un mal pronòstic com l'edat major de 60 anys, la progressió ràpida de la malaltia (menys de 7 dies), el seu tractament tardà, l'extensió i severitat del dany axonal o una malaltia cardiorespiratòria preexistent (6).

## 1.6 Diagnòstic i tractament

Un diagnòstic precoç és essencial per tal d'instaurar ràpidament les mesures necessàries per preservar la vida (2). Principalment, el diagnòstic d'aquesta afectació és clínic (14) i, a causa de la diversitat de manifestacions clíniques que presenta aquesta patologia, pot esdevenir-se difícil en les etapes inicials (8).

Estarà indicat un estudi del LCR (9) ja que, després de la primera setmana d'aparició dels símptomes, s'esdevé una dissociació albuminocitològica (6), arribant al seu pic màxim entre la segona i quarta setmana d'instauració de la patologia. També es reporta que alguns pacients presenten anticossos antigangliòsids especialment GM1 i GM1b (6). D'altra banda, els estudis de neuroconducció dels nervis perifèrics (NCV) són els exàmens més sensibles i específics pel diagnòstic i ens poden demostrar diverses anomalies que indiquen desmielinització multifocal (6) (senyals nervioses més lentes, bloqueig parcial de la conducció motora, dispersió temporal anormal i increment de les latències distals) (6).

El tractament de la SGB requereix capacitat i experiència en la cura dels pacients crítics, així com suficient paciència i sensibilitat per atendre les seves necessitats diàries i a les famílies de la persona afectada (2). És a dir, no s'ha de tenir en compte només el tractament farmacològic, sinó que s'ha d'aplicar una visió integral i donar resposta a totes les necessitats alterades del pacient afectat (16), ja que al voltant del 25% (19) dels pacients desenvolupen insuficiència respiratòria neuromuscular que requereix ventilació mecànica (VM) (18)(19), severa debilitat muscular bulbar i inestabilitat hemodinàmica, esdevenint les taxes de mortalitat una mitjana del 20% (19). Per tant, molts pacients ingressen en Unitats de Cures Intensives (UCI) per tal de rebre unes cures competents, incloent (19) el maneig respiratori, cardiovascular, nutricional, urinari i intestinal, prevenció d'infeccions, prevenció de possibles problemes secundaris (6), maneig del dolor (14) i de la fatiga (20) i monitorització de l'estat mental (19) (en molts casos, s'ha de proporcionar assessorament psicològic per facilitar l'adaptació a les limitacions sobtades que presenta la condició (9)).

Les eines terapèutiques farmacològiques més utilitzades actualment són, pel que fa al tractament precoç, la plasmafèresis (PF) o l'administració d'immunoglobulines intravenoses (IgIV) (2). L'intercanvi de plasma, té com a objectiu eliminar els anticossos de la sang i substituir-los amb plasma artificial (21). Es recomana el seu ús precoç, principalment en les dues primeres setmanes, en la fase de progressió en estats severos i en les recaigudes; sent l'objectiu millorar l'evolució de la malaltia, així com disminuir el temps de VM al màxim (22). La immunoglobulina polivalent, derivada del plasma humà, pot ser administrada per via intravenosa, subcutània o intramuscular i té menys risc, desconfort i cost pel pacient (22).

D'altra banda, s'ha de valorar l'administració de corticoides (22) tenint en compte que els corticoesteroides orals poden alentir la recuperació de la patologia, mentre que els administrats per via intravenosa poden accelerar la recuperació sempre i quan s'administrin conjuntament amb immunoglobulina intravenosa. És més, l'administració de corticoesteroides administrats en petites dosis presenten riscos, incloent major sensibilitat davant d'una infecció (18).

L'elecció de tractament ha de ser personalitzada i especialitzada en dependència de la disponibilitat del recurs, l'experiència de cada servei i les necessitats del pacient (6).

## 1.7 Importància de les cures d'infermeria en la SGB

Aquesta patologia, a causa de les múltiples maneres de presentació que té i dels diferents graus de complexitat en que pot manifestar-se, comporta una necessitat de planificació de cures excel·lent i un treball multidisciplinari molt important (23). Les activitats infermeres s'han de centrar a cobrir les necessitats bàsiques de la vida diària de la persona sempre tenint en compte els riscos potencials, conjuntament amb l'atenció i cura del component psicològic derivat de la situació aguda pel qual la persona està passant de manera totalment sobtada i immediata. Aquesta síndrome comporta un gran impacte a nivell físic, emocional i econòmic tant a qui la pateix com als que l'envolten. Per aquest motiu, donant les cures adequades podem disminuir els factors de risc, la morbiditat i mortalitat de la persona, evitant en la mesura del possible el seu reingrés hospitalari (10). És més, el plantejament d'un pla de cures òptim incidirà molt positivament en un grau de major índex de recuperació que concomitantment es veurà reflectit en el nivell de qualitat de vida del pacient. De la mateixa manera, en el moment de l'alta a domicili la persona afectada i la seva família han de seguir comptant amb un suport multidisciplinari i han de marxar amb un pla de cures complet per tal d'evitar inseguretats i temor. Les infermeres són un pilar clau i imprescindible en cada etapa d'aquesta malaltia i tenen un paper molt rellevant en el moment de l'alta. Així doncs, aquest treball es centra en l'instant de transició a domicili (24) d'un pacient intensament afectat per la patologia, el qual ha requerit atenció a la UCI.

## 2. Objectius

- L' objectiu principal d'aquest treball ha estat: Elaborar un Pla de Cures Infermer a l'alta hospitalària de persones afectades de la Síndrome de Guillain Barré que assegurí la continuïtat assistencial de les cures.

## 3. Metodologia

Per la realització d'aquest treball s'ha dut a terme una revisió bibliogràfica de l'atenció d'infermeria en les persones afectades de la Síndrome de Guillain Barré. Específicament, s'ha revisat aquesta síndrome (antecedents històrics, formes de presentació, etiologia, pronòstic, tractament, diagnòstic) i amb detall les cures infermeres de continuïtat considerant els diagnòstics rellevants en el moment de l'alta a domicili, a més de fonts primàries en relació als Diagnòstics Infermers, Objectius NOC i Intervencions NIC aplicant la taxonomia NANDA.

En les següents bases de dades és on s'ha dut a terme una cerca d'articles relacionats amb aquesta síndrome (principalment per la confecció de la Introducció del treball): Cochrane, PubMed, MedlinePlus, ProQuest i Scielo. També s'han utilitzat recursos alternatius com la revista de neurologia *Canadian Journal of neuroscience nursing*.

D'altra banda, per la confecció del Pla de cures infermer s'ha fet ús de la base de dades NNNConsult (25), així com dels següents llibres especialitzats en diagnòstics NANDA/NOCS i NIC i capítols de llibres basats en el maneig d'aquest tipus de pacients:

- Nursing Diagnoses. Definitions and Classification (26).
- Modelos de cuidados en enfermería NANDA, NIC y NOC (27).
- *Enfermería en neurorrehabilitación. Empoderando el autocuidado* (28).
- *Neurorrehabilitación. Métodos específicos de valoración y tratamiento* (29).
- *Atención integral en enfermería. Trastornos neurológicos* (30).

Aquest treball s'ha desenvolupat seguint un procés específic:

- **Fase 1:** Cerca d'informació envers l'estat actual de la patologia.
- **Fase 2:** Desenvolupament d'una valoració Infermera segons en model de valoració de les 14 necessitats de Virginia Henderson d'un pacient hospitalitzat a la UCI i/o a una unitat específica de control.

- **Fase 3:** Designació, segons l'anàlisi previ de la valoració infermera, de diagnòstics infermers segons la taxonomia NANDA d'un pacient amb la SGB ingressat a la UCI.
- **Fase 4:** Després d'analitzar els problemes potencials i de risc que el pacient ha presentat a la UCI:
  - Identificar i formular els Diagnòstics adients en el moment de l'alta a domicili i les possibles complicacions, alteracions i dificultats que el pacient, possiblement, haurà de confrontar.
  - Definir amb quins Problemes de col·laboració es treballarà.
  - Conèixer l'equip multidisciplinari adient per dur una assistència continuada de la persona donada d'alta.
- **Fase 5:** Dels diagnòstics infermers plantejats, escollir els resultats NOCS i els seus indicadors, en relació al perfil del malalt, i en base a l'evidència científica.
- **Fase 6:** Dels diagnòstics d'infermeria i objectius plantejats, escollir les intervencions NICS i les seves activitats en relació al perfil del malalt amb SGB, i en base a l'evidència científica.
- **Fase 7:** Discussió dels resultats esperats.

\*Períodes en els quals s'ha elaborat cada fase:

- **Fase 1:** Des de l'octubre del 2016 de fins gener del 2017.
- **Fase 2:** Durant el febrer de 2017.
- **Fase 3, 4, 5 i 6:** Des del febrer fins el maig de 2017.
- **Fase 7:** Des del 25 d'abril fins l'1 de maig del 2017.



## 4. Pla de cures infermer

### 4.1 Valoració prèvia a l'alta a domicili

El procés d'infermeria és tot un cicle, dinàmic i inseparable, però estructurat en seqüències lògiques. Per tant, per tal d'assolir els objectius marcats, s'haurà de seguir un procés infermer que constarà de 5 fases; **Valoració, Diagnòstic, Planificació, Execució i Avaluació**. Principalment, es durà a terme una valoració infermera de les necessitats, durant tota la trajectòria hospitalària del pacient. Seguidament, s'hauran d'efectuar uns diagnòstics infermers relacionats amb les alteracions durant l'estada hospitalària, es marcaran uns objectius envers als diagnòstics establerts i, finalment, s'hauran d'establir unes intervencions i activitats d'alta a domicili. Amb la finalitat d'aconseguir una valoració infermera rigorosa i completa considerant totes les afectacions reals existents, els possibles riscos i complicacions, utilitzarem el model de valoració de les 14 necessitats de l'americana Virginia Henderson (1897- 1996), una gran referent en l'evolució d'infermeria per la seva extensa contribució (31). És imprescindible saber classificar les afectacions que ha patit la persona i el seu grau de severitat per tal de tenir clar sobre quins aspectes s'haurà d'actuar, ja que qualsevol persona amb una afectació neurològica d'aquest nivell necessita una sèrie de cures individualitzades.

D'altra banda, prèviament a la confecció de la valoració de l'estada hospitalària, ja que es porta a terme una valoració global i no d'un cas en concret, considerarem la valoració d'un pacient ingressat a la UCI severament afectat per la síndrome i sense antecedents mèdics de base rellevants.

Tenint en compte l'elevada probabilitat de que en els pacients amb SGB s'esdevingui una disfunció del sistema nerviós autònom, es realitzarà la valoració de les 14 necessitats corresponents:

#### 1. Necessitat de respirar normalment.

La funció respiratòria neuromuscular es compromet entre 17% - 30% (20). La disfunció bulbar, la paràlisi i fatiga dels músculs respiratoris pot causar l'augment de secrecions (20, 31), comprometent l'intercanvi gasós i incrementant el risc d'aspiració (20), insuficiència respiratòria i dispnea (17, 32) per debilitat del diafragma. Els signes clínics que mostren fatiga dels músculs respiratoris són:

taquipnea, suor, taquicàrdia, asincronia dels moviments del pit i abdomen(20), estretors i hipoxèmia (17) i moviments puntuals dels músculs accessoris respiratoris (20). A més, un terç dels pacients (6) seran candidats de rebre suport ventilatori. La col·locació d'una via aèria artificial ha de ser iniciada precoçment (6). Fins i tot, hi haurà pacients que requeriran traqueotomia (17) per insuficiència respiratòria perllongada, especialment si requereix VM durant més de 2 setmanes (14).

D'altra banda, els canvis hemodinàmics relacionats amb la disfunció autonòmica ocorren en un 20% dels afectats (17). Per tant, és essencial la monitorització del ritme cardíac, la pressió sanguínia, les arítmies cardíques i el nivell d'hidratació (6, 16). Conseqüentment, hi haurà pacients que requeriran catèters arterials pulmonars o bé vies arterials (17).

Altres alteracions autonòmiques significants són alteracions de l'equilibri electrolític i deficiències en la funció bronquial (17, 20, 32).

## **2. Necessitat de menjar i beure adequadament.**

En un 75% (33) dels casos existeix afectació dels parells cranials VII, IV i X (nervis facial, glossofaríngi i vago), que fa possible una alteració del gust i alteració de la deglució i masticació (34), disfàgia, distensió gàstrica (17), conseqüentment nàusees, vòmits i dolor abdominal (17), amb risc de broncoaspiració per la disfunció dels músculs respiratoris (20).

D'altra banda, la nutrició enteral o parenteral és necessària en pacients amb VM per assegurar que es produeix una aportació calòrica adequada (32). En cas de disfàgia severa també es poden donar casos que no necessitin VM però si requereixin suport nutricional (6).

## **3. Necessitat d'eliminar per totes les vies corporals.**

Un 50% dels afectats, aproximadament, desenvolupen ili paralític (20), també poden presentar retenció urinària, restrenyiment, incontinença urinària i fecal (33). El risc incrementa a causa de la perllongada immobilització (20), de les dosis elevades de opiacis, canvis dietètics (17, 31, 32), o antecedents mèdics (20). També és comú que presentin distensió vesical (17) i diarrees (35). Finalment, un percentatge elevat requereixen sondatge vesical o permanent (17).

#### **4. Necessitat de moure's i mantenir postures adequades.**

El grau d'alteració sensitivo-motora (34) és el que es troba més afectat a causa de paràlisi i pèrdua de la massa muscular (32, 35). Com a conseqüència de l'alteració neuromuscular que s'esdevé (34), hi ha altres repercussions en la mobilitat com manca de coordinació (34) i desatenció unilateral (32). Aquests símptomes porten a una immobilització perllongada conseqüent que comporta un risc elevat de trombosi venosa (17), la reducció del volum sanguini, l'increment dels episodis d'hipotensió postural (20), risc de contractures i d'escurçament muscular (20). Aquests fets poden acabar comportant una dependència total del pacient. És molt important la prevenció de la Trombosi Venosa Profunda (TVP) i del TEP (8) sent altament recomanable l'administració d'Heparina no fraccionada o Heparina de baix pes molecular o l'administració d'anticoagulants (14).

#### **5. Necessitat de dormir i descansar.**

El cicle son-vigília es veurà pertorbat per l'aparició d'un quadre de privació del son a causa del dolor, postura, dispnea, ansietat, incertesa i temor. Aquestes variacions poden comportar (17) diferents canvis a nivell mental com al·lucinacions, confusió, somnis estranys i problemes del son (14). Per tant, requeriran medicació per dormir i la necessitat de programar períodes regulars de son per compensar l'alteració (33).

#### **6. Necessitat d'escollir la roba adequada: Vestir-se i desvestir-se.**

El grau d'alteració d'aquesta necessitat variarà depenent de les repercussions clíniques (33). Tant es pot desencadenar dependència total (36) a causa del deteriorament de la mobilitat, com comportar una pèrdua de motivació i ganes d'arreglar-se a causa del risc de d'ansietat i depressió del pacient (37).

#### **7. Necessitat de mantenir la temperatura corporal dintre dels límits normals, adequant i modificant l'ambient.**

A causa de l'estat d'immunodepressió en que es troba el pacient existeix risc de sèpsia i infeccions (17), la qual cosa es pot veure manifestat per l'estat termodinàmic del pacient. Aquest risc pot ser disminuït per l'ús de sedació mínima, fisioteràpia freqüent, i VM amb pressió positiva al final de l'expiració si s'escau (6).

## **8. Necessitat de mantenir la higiene corporal i la integritat de la pell.**

El grau d'alteració d'aquesta necessitat variarà depenent de les repercussions clíniques (33). Poden existir trastorns de la pell com ferides, aftes en la mucosa bucal (33) i nafres per pressió (NPP) per decúbit (20) per la immobilització, pèrdua sensorial i pèrdua de pes (17, 32). Pot aparèixer la disfunció del nervi facial que pot comportar edema general, sequedat de les mucoses i dels ulls (17), en un 50% (2). Existeix, també, un 60% de possibilitats d'anhidrosis.

## **9. Necessitat d'evitar els perills ambientals i evitar lesionar altres persones.**

És freqüent que s'experimenti tant alteracions de la percepció sensitiva (incapacitat per sentir textures, calor, dolor) com parestèsies i sensacions doloroses (33). De la mateixa manera, existeixen problemes d'equilibri i inestabilitat, així com alteració del sentit de la posició que augmenten el risc de caigudes i traumatismes (31, 32).

Aquests pacients, també, són molt propensos a patir problemes mentals com depressió i l'ansietat. Per tant, l'educació, el suport emocional (23), l'assessorament i maneig de la medicació són necessaris per gestionar aquests problemes (14).

## **10. Necessitat de comunicar-se amb els demés expressant emocions, necessitats, temors o opinions.**

Algunes persones, presenten disàrtria, el que perjudica en gran mesura la comunicació verbal. És més, si la persona està intubada aquesta dificultat augmenta. Fins i tot, a vegades, la comunicació es fa encara més complexa, ja que tampoc no són capaços de mobilitzar els membres superiors per escriure (33). Es pot desenvolupar una paràlisi facial bilateral (20), paràlisi dels músculs que s'utilitzen per parlar (17) i canvis en la integritat corporal (34). A més, la persona acostuma a trobar-se ingressada en una unitat amb visites restringides, la qual cosa dificulta encara més la seva expressió d'emocions i sentiments i/o seguretat amb la seva família (33). Aquest fet pot provocar un sentiment d'aïllament en el pacient (17) i disminució de la socialització podent desencadenar temor en el pacient (32).

## **11. Necessitat de viure d'acord amb les pròpies creences i valors.**

Aquesta necessitat es veurà alterada com a conseqüència de l'alteració d'altres necessitats que dificultaran la pràctica religiosa o la capacitat de presa de decisions en funció dels seus propis valors, creences i fe, passant per la desesperança (28).

## **12. Necessitat d'ocupar-se d'alguna cosa de tal forma que la seva labor tingui un sentit de realització personal.**

A causa de l'ingrés hospitalari i la limitació de la mobilitat, aquesta necessitat es trobarà alterada en la majoria dels casos ja que la persona en qüestió haurà de prescindir de les tasques que habitualment realitzava (per exemple, a nivell laboral). Per moltes persones serà un element d'estrès afegit (33) que portarà a la depressió (32), baixa autoestima (32) a causa dels canvis físics (36), psíquics i socials, impotència (36) davant la situació viscuda i inestabilitat emocional (36).

## **13. Necessitat de participar en les activitats recreatives.**

La major part dels afectats per la síndrome pateixen una gran afectació a nivell psicosocial (38), reduint les activitats d'oci habituals (33) a causa de la situació en que es troben i del deteriorament dels sistemes corporals que la patologia comporta.

## **14. Necessitat d'aprendre, descobrir o satisfer la curiositat que condueix a un desenvolupament normal i a utilitzar recursos disponibles.**

Majoritàriament existeixen coneixements deficients, pel que la majoria de persones tenen una necessitat d'informació important (31, 32, 35) i mecanismes d'afrontament ineficaços (34).

Una vegada realitzada una recopilació bibliogràfica de les diverses afectacions que es poden esdevenir, es tindran en compte els diagnòstics infermers hospitalaris (segons NANDA) que es troben directament relacionats amb la valoració realitzada d'un pacient amb aquestes característiques. Diagnòstics bàsics (31, 32):

- Temor.
- Deteriorament mobilitat física.
- Intolerància a l'activitat.
- Risc de caigudes.
- Risc de desesperança.
- Risc de claudicació del cuidador.
- Risc de baixa autoestima situacional.
- Desatenció unilateral.
- Risc d'aspiració.
- Risc deteriorament de la integritat cutània.
- Deteriorament de la comunicació verbal.
- Desequilibri nutricional per defecte.
- Coneixements deficients.
- Risc d'infecció.
- Neteja ineficaç vies aèries.

Cal destacar també, que existeixen dues manifestacions, el dolor i la fatiga, les quals s'han de tractar de manera paral·lela durant tot el procés, considerant-los paràmetres usuals en aquests tipus de condicions. El dolor d'intensitat moderada fins a severa, s'ha documentat com un símptoma freqüent que apareix molt primerencament i es troba present durant tot el transcurs de la patologia podent-se allargar un cop el pacient es recupera (20, 34). D'altra banda, la fatiga sembla ser una continuació de la forçada inactivitat i del descondicionament muscular (20) i dificulta encara més la capacitat de mobilitat del pacient, persistint en un 80% dels pacients (20).

Així doncs, un cop avaluada la situació integralment, estarem capacitats per confeccionar un pla de cures de transició del pacient a domicili. En aquest punt s'hauran de considerar tots els elements necessaris, incloent les necessitats que han estat alterades durant tot el procés hospitalari enfocant les cures des d'una basant de col·laboració, no només des de la perspectiva infermera i tenint en compte les complicacions potencials (38). És a dir, transportant les cures al domicili de la persona, aconseguint que aquesta iniciï un procés de rehabilitació en el que participin de manera activa la persona afectada, el seu cuidador i els membres la família (39). Amb la finalitat de facilitar el seu desenvolupament i comprensió, s'ha elaborat un pla tenint en compte les possibles necessitats bàsiques alterades a l'alta, formulant els respectius diagnòstics infermers amb els seus corresponents NOCs i NICs. Aquest s'ha confeccionat amb l'ordre segons els 14 apartats, anteriorment tractats, de les necessitats establertes per Virginia Henderson. Tot i això, cal aclarir que la necessitat 7, de termoregulació, no presenta riscos significatius en el moment de l'alta del pacient a domicili. Tanmateix, s'ha de promoure l'educació sobre estratègies de prevenció immunitàries (23).

Anteriorment a la planificació de les cures, cal destacar que s'haurà d'assegurar la continuïtat assistencial pels equips d'atenció primària, programant-se les visites requerides en funció de la situació clínica del pacient, i en coordinació amb la resta d'especialistes implicats.

## 4.2 Pla de Cures de continuïtat assistencial (24, 25, 26)

<b>NANDA – 00032 - Patró respiratori ineficaç</b>					
<p><u>Relacionat amb:</u> ansietat, deteriorament musculoesquelètic/ neuromuscular, dolor, fatiga.</p> <p><u>Manifestat per:</u> adopció postura de trípede, aleteig nasal, alteració capacitat vital importància, disminució pressió expiratòria/ inspiratòria, disminució ventilació/minut, dispnea, fase expiratòria perllongada, ortopnea, patró respiratori anormal, respiració llavis frunzits, taquipnea, ús músculs accessoris.</p>					
<b>NOC – 0415 - Estat respiratori</b>					
<p>➤ <u>Indicadors:</u></p> <table> <tr> <td>41501 - Freqüència respiratòria (40)</td> <td>41507 - Capacitat vital (40)</td> </tr> <tr> <td>41503 - Profunditat inspiratòria (40)</td> <td>41511 - Retracció toràcica (40)</td> </tr> </table>		41501 - Freqüència respiratòria (40)	41507 - Capacitat vital (40)	41503 - Profunditat inspiratòria (40)	41511 - Retracció toràcica (40)
41501 - Freqüència respiratòria (40)	41507 - Capacitat vital (40)				
41503 - Profunditat inspiratòria (40)	41511 - Retracció toràcica (40)				
<b>NIC - 3140- Maneig de la via aèria</b>					
<p>➤ <u>Activitats:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensenyar posicions que maximitzin la ventilació i alleugereixin la dispnea.</li> <li>- Realitzar fisioteràpia respiratòria/toràcica (40).</li> <li>- Educació sanitària sobre la medicació prescrita, si és el cas.</li> <li>- Controlar tant la fatiga com el dolor al realitzar els exercicis, centrant-se en la musculatura abdominal, el diafragma i els músculs intercostals (40).</li> </ul>					
<b>NIC - 3230- Fisioteràpia toràcica</b>					
<p>➤ <u>Activitats:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar al pacient la finalitat i procediments durant la fisioteràpia toràcica.</li> <li>- Utilitzar coixins per mantenir la posició adequada i afavorir la ventilació.</li> <li>- Realitzar la fisioteràpia toràcica almenys dues hores després de menjar.</li> <li>- Animar al pacient a que estoessegi abans i després del procediment.</li> <li>- Ensenyar a eliminar les secrecions fomentant la tos productiva i respiracions profundes (41).</li> </ul>					

<b>NANDA - 00039 - Risc d'aspiració (42)</b>	
<u>Relacionat amb:</u> barreres per elevar la part superior cos, deteriorament deglució, disminució motilitat intestinal.	
<b>NOC - 0415 - Estat respiratori</b> ➤ <u>Indicadors:</u> - Freqüència respiratòria. - Saturació d'oxigen. - Cianosi.	<b>NOC - 0303 - Autocura: menjar</b> ➤ <u>Indicadors:</u> - Mastega bé el menjar. - Empassa líquids.
<b>NIC - 3200- Precaucions per evitar l'aspiració</b> ➤ <u>Activitats:</u> - Avaluar la presència de disfàgia, segons correspongui. - Mesures de precaució contra la disfàgia i la manipulació dietètica solen ser utilitzades per prevenir l'aspiració i possibles subseqüents pneumònies (6). - Minimitzar l'ús de narcòtics i sedants. - Mantenir la capçalera del llit elevada 30-45 minuts després de l'alimentació (43). - Proporcionar alimentació en petites quantitats. - Oferir aliments i líquids que puguin formar un bolus abans de la deglució. - Suggestir la consulta amb logopèdia, segons correspongui (43).	

<b>NANDA - 00103 - Deteriorament de la deglució (42)</b>	
<u>Relacionat amb:</u> antecedents alimentació enteral, anormalitat via aèria superior, deteriorament neuromuscular, obstrucció mecànica, compromís al parell cranial, problemes neurològics.	
<u>Manifestat per:</u> ennuegament, baveig, deglució fraccionada, duració perllongada formació del bolus, estancament bolus als laterals, ineficiència acció de la llengua per formar el bolus, aliments cauen de la boca, nàusees prèvies deglució, succió ineficaç, tos prèvia deglució, dificultat deglució, expressa tenir "alguna cosa encallada".	
<b>NOC - 1010- Estat de deglució</b> ➤ <u>Indicadors:</u> 101001 - Capacitat de masticació. 101012 - Ennuegament, tos o nàusees.	<b>NOC - 0913- Estat neurològic: funció sensitiva/ motora dels parells cranials</b> ➤ <u>Indicadors:</u> 091307 - Moviment muscular facial. 091308 - Deglució. 091309 - Reflex nauseós. 091310 - Moviment lingual.
<b>NOC - 1006- Pes: massa corporal(44)</b> ➤ <u>Indicadors:</u> 100601 - Pes.	



**NOC - 1918- Prevenció de l'aspiració**➤ Indicadors:

191803 - S'incorpora per menjar o beure.

191810 - Es queda en posició elevada durant 30 minuts després de menjar i beure.

**NIC - 1050- Teràpia de deglució**➤ Activitats:

- Col·laborar amb els membres de l'equip de cures (terapeuta ocupacional, logopeda i dietista) per donar continuïtat al pla de rehabilitació del pacient.
- Valorar la capacitat d'aprenentatge/realització de les tasques d'ingesta i deglució.
- Col·laborar amb el logopeda per ensenyar a la família del pacient el règim d'exercicis de deglució (labials, linguals, mandibular, dental, i respiratori) (45)
- Explicar el fonament del règim de deglució al pacient/ família, proporcionar dispositius d'ajuda si es precisa i evitar l'ús de canyes per veure (30).
- Observar si hi ha signes i símptomes d'aspiració (46), reduir el risc comprovant restes de menjar a la boca i mantenint al pacient en repòs fins 1h (44) post-àpats.
- Ensenyar a la família canvis posturals, alimentar i vigilar al pacient (44).
- Ensenyar necessitats nutricionals i modificacions dietètiques, en col·laboració amb la nutricionista i logopeda (43) per mantenir la ingesta calòrica i líquids adequada.
- Ensenyar a la família les mesures d'emergència pels ennuegaments (23) .
- Proporcionar instruccions escrites, segons correspongui.
- Proporcionar un esquema de les sessions pràctiques a la família/ cuidador.
- Informar al pacient/familiar de les possibles consistències existents (45) (fàcil masticació, espessors,...) i adequar-la a la capacitat de deglució (44).

**NIC - 1100- Alimentació**➤ Activitats:

- Identificar i explicar la dieta prescrita.
- Proporcionar una analgèsia adequada abans dels àpats, si precisa.
- Facilitar la higiene bucal després dels àpats.
- Posició entre 60° i 90° flexionant el cap lleugerament endavant (43, 44, 45).
- Prendre el temps necessari per alimentar-se, evitant distraccions (45, 43).

**NIC -1860- Maneig de la nutrició. - 5614- Ensenyament (47): dieta prescrita.**➤ Activitats:

- Valorar i instruir sobre l'estat nutricional i la capacitat per satisfer necessitats nutricionals.
- Aconsellar servir el menjar atractivament i a la temperatura adient.
- Ajustar i ensenyar al pacient els requisits dietètics de la seva malaltia. *\*La nutrició d'aquests pacients ha de ser rica en calories, proteïnes i àcids grassos essencials, amb vitamines C i B, i minerals de caràcter reparatiu com el Zinc (17).*
- Monitoritzar les tendències de pèrdua i augment de pes (44).
- Avaluar el nivell del pacient dels coneixements sobre la dieta prescrita.
- Facilitar el nom propi de la dieta prescrita i el propòsit del seguiment per a la salut.
- Informar al pacient sobre quant temps s'ha de seguir la dieta.
- Ajudar a diferenciar aliments permesos i prohibits i a escollir-los correctament (23).
- Informar el pacient de les possibles interaccions entre fàrmacs i aliments.
- Ensenyar al pacient sobre com triar aliments adequats i planificar els àpats.
- Proporcionar els plans de menjars per escrit, segons correspongui.
- Reforçar la informació donada per altres membres de l'equip sanitari, si cal.
- Incloure a la família, si s'escau.
- Determinar qualsevol limitació econòmica que pugui afectar.
- Reforçar la importància de la monitorització i les necessitats canviants que puguin requerir modificacions addicionals del pla de cures dietètics.

**NANDA - 00015 - Risc de restrenyiment**

Relacionat amb: canvis hàbits alimentaris, disminució motilitat gastrointestinal, hàbits dietètics inadequats, ingesta insuficient líquids, ingesta insuficient fibra, canvi recent, debilitat músculs abdominals, alteració emocional, depressió.

**NOC - 0501 - Eliminació intestinal**➤ Indicadors:

- Patró d'eliminació.
- Coloració de la femta.
- Quantitat de femtes en relació amb la dieta.

**NOC - 0204 - Conseqüències de la immobilitat: fisiològiques.**➤ Indicadors:

- Restrenyiment.
- Estat nutricional.
- Hipoactivitat intestinal.

**NIC - 0450- Maneig del restrenyiment - 0440- Entrenament intestinal**➤ Activitats:

- Explicar la etiologia del problema, les raons i actuació de cada activitat, signes i símptomes (48) i ensenyar a registrar color, volum, freqüència i consistència.
- Identificar els possibles factors causants (medicaments, immobilitat i dieta).
- Ensenyar la relació entre dieta, exercicis i ingesta de líquids pel restrenyiment (48).
- Instruir sobre l'ús de laxants, dieta rica en fibra (49), massatges abdominals (48).
- Informar sobre el procediment manual de desimpactació, si precisa (49).
- Planificar un programa intestinal personalitzat amb el pacient i/o cuidadors.
- Assegurar una ingesta adequada de líquids.
- Assegurar-se que realitza l'exercici adequat al seu estat de salut.
- Instruir al pacient sobre els aliments amb alt contingut amb fibra.

**NANDA - 00020 - Incontinència urinària funcional (50)**

Relacionat amb: alteració factors ambientals, debilitat pelviana, deteriorament neuromuscular.

Manifestat per: micció abans d'assolir el vàter, sensació necessitat d'orinar.

**NOC - 0502 - Continència urinària.**➤ Indicadors:

50203 - Respon de manera adequada a la urgència.

50209 - Buida la bufeta completament.

50215 - Ingesta hídrica en l'interval esperat.

50219 - Identifica medicacions que interfereixen en el control urinari.

**NIC - 0600- Entrenament de l'hàbit urinari - 0610- Cures incontinència urinària**➤ Activitats:

- Explicar la etiologia del problema i el fonament de les accions realitzades.
- Aconsellar i ensenyar al pacient/família a monitoritzar (23) l'eliminació urinària, incloent la freqüència, consistència olor, volum i color, segons correspongui.
- Aconsellar un registre durant 3 dies per establir el patró d'eliminació urinària.
- Establir un interval per anar al lavabo, en funció del patró d'eliminació i de la rutina habitual, preferiblement no inferior a 2 hores, modificant-lo segons progressió.
- Aconsellar l'ajuda per anar al lavabo i estimular la micció als intervals prescrits.
- Aconsellar a la família a realitzar retroalimentació positiva al pacient quan miccioni en els moments programats i evitar comentaris en la incontinència.
- Comentar els procediments i els resultats esperats amb el pacient.

- Proporcionar peces protectores, si és necessari.
- Mostrar-se positiu a qualsevol disminució dels episodis d'incontinència.
- Limitar els líquids durant 2-3h abans d'anar a dormir.
- Evitar productes irritants per la bufeta (refrescos de cola, cafè, té i xocolata).
- Remetre a l'especialista en continència urinària, segons correspongui.

### **NIC -0560- Exercicis del sol pelvià (51)**

#### ➤ Activitats:

- Determinar la capacitat de reconèixer la urgència d'evacuar.
- Entrenament de l'elevator de l'anus i dels músculs urogenitals mitjançant la contracció voluntària i repetida per tal de disminuir la incontinència.
- Ensenyar al pacient a evitar contraure els músculs abdominals, cuixes i glutis i a evitar fer sobreesforços durant la realització dels exercicis.
- Assegurar-se que el pacient pot diferenciar entre l'elevació i la contracció del músculs desitjada i l'esforç d'empenta no desitjat.
- Ensenyar al pacient a realitzar exercicis per tensar els músculs.
- Explicar que l'eficàcia dels exercicis s'aconsegueix a les 6-12 setmanes.
- Donar feedback positiu quan es fan els exercicis prescrits correctament.
- Proporcionar estimulació elèctrica quan estigui indicat per identificar els músculs que s'han de contraure i/o per escollir la força desitjada de contracció.
- Donar instruccions escrites on es descriu la intervenció i la freqüència.

### **NANDA - 00085 - Deteriorament mobilitat física**

Relacionat amb: ansietat, suport de l'entorn insuficient, depressió, deteriorament musculoesquelètic, deteriorament neuromuscular, deteriorament sensoriooperceptiu, disminució força muscular, disminució massa muscular, disminució resistència, dolor, manca d'ús, intolerància a l'activitat, malnutrició, pèrdua condició física, resistència moviment, rigidesa articular.

Manifestat per: alteració marxa, augment temps reacció, dificultat girar-se, desconfort, disminució amplitud moviments, disminució habilitats motores, dispnea esforç, alentiment moviment, inestabilitat postural, moviments espàstics, alteració funció cognitiva.

**NOC 0208 - Mobilitat (33)**➤ Indicadors:

- 20801 - Manteniment de l'equilibri.
- 20802 - Manteniment posició corporal.
- 20803 - Moviment muscular.
- 20809 - Coordinació.
- 20810 - Marxa (33).

**NOC -0913- Estat neurològic: funció sensitiva/motora dels parells cranials.**➤ Indicadors:

- 91307 - Moviment muscular facial.
- 91310 - Moviment lingual.
- 91312 - Moviment del cap i l'espatlla.

**NOC -1633 - Participació en l'exercici.**➤ Indicadors:

- 163301 - Planifica l'exercici amb el professional sanitari abans de començar l'exercici.
- 163303 - Estableix objectius realistes a curt termini.
- 163309 - Realitza exercici correctament.
- 163311 - Utilitza estratègies per superar les barreres de l'exercici.
- 163333 - Utilitza els recursos comunitaris.
- 163334 - Contacta amb el personal sanitari segons sigui necessari.

**NIC - 0140 - Fomentar mecànica corporal.**➤ Activitats:

- Grau de compromís del pacient per aprendre a realitzar postures correctes.
- Realitzar, mitjançant fisioteràpia, un pla per fomentar la mecànica corporal.
- Fomentar les postures correctes per evitar fatigues, tensions o lesions.
- Valorar la consciència del pacient de les pròpies anomalies musculoesquelètiques.
- Aconsellar evitar asseure's en la mateixa posició durant períodes extensos.
- Ajudar al pacient/família a identificar exercicis posturals adequats.
- Instruir al pacient/família sobre la freqüència i series de cada exercici.
- Monitoritzar la millora de la postura/ mecànica del pacient.
- Explicar causes de dolor muscular o articular relacionats amb la posició.

**NIC - 0221 - Teràpia d'exercicis: deambulació.**➤ Activitats:

- Consultar i derivar, si precisa, al fisioterapeuta per elaborar un pla de deambulació.
- Aconsellar vestir al pacient amb roba còmoda.
- Aconsellar al pacient calçat que faciliti la deambulació i eviti lesions.
- Instruir sobre l'existència de dispositius d'ajuda, si correspon.

- Ajudar al pacient a deambular distàncies realistes de manera progressiva.
- Ensenyar al pacient a moure els peus primer i després el cos per caminar.

**NIC - 0200- Foment de l'exercici (23) - 0201- Foment de l'exercici: Entrenament de la força - 5612- Ensenyament (47): exercici prescrit**

➤ Activitats:

- Realitzar una anamnesis física completa per valorar l'estat general abans de l'exercici per identificar possibles riscos utilitzant escales estandarditzades (23).
- Avaluar les creences de salut de l'individu sobre l'exercici físic.
- Ajudar a desenvolupar un pla adequat a les necessitats físiques del pacient.
- Motivar la iniciació/continuació del pla d'exercicis i integrar-lo a la seva rutina.
- Explorar obstacles i fomentar l'expressió de sentiments envers l'exercici.
- Ajudar a establir metes de curt i llarg termini per un augment constant de l'exercici.
- Realitzar els exercicis amb la persona afectada, segons correspongui.
- Incloure a la família/cuidadors en la planificació i manteniment del pla.
- Instruir sobre l'exercici adient al seu nivell de salut, amb el metge i/o fisioterapeuta.
- Instruir a l'individu sobre la freqüència, duració i intensitat desitjades del pla.
- Preparar a l'individu amb tècniques de pre i post escalfament, refredament i relaxació adequades(ex. estiraments, caminar, calistènia...) per evitar lesions.
- Ensenyar tècniques de respiració (per maximitzar l'absorció d'oxigen durant l'exercici físic i així reduir al màxim la fatiga) i de recondicionament basades en l'entrenament físic dels músculs ventilatoris (41).
- Controlar la resposta al programa d'exercicis i donar feedback positiu als esforços.
- Informar sobre la funció dels músculs, la fisiologia i beneficis de l'exercici.
- Informar sobre els tipus de resistència muscular indicats (ex. peses, bandes elàstiques, objectes pesats, aquàtics...).
- Ajudar a desenvolupar un entorn facilitador a la llar/ treball.
- Ajudar a desenvolupar un programa d'entrenament de força conseqüent amb el nivell de forma física muscular, limitacions musculoesquelètiques, objectius de salut, recursos, preferències personals i recolzament social. *\*Evitar sotmetre als pacients a exercicis fins al màxim de la seva capacitat ja que l'esgotament dels músculs forts dilatarà la recuperació de força i la funció òptima* (43).
- Ensenyar a descansar breument després de cada sèrie, segons precisi.

- Practicar els moviments prescrits sense pes fins aprendre la forma correcta.
- Ensenyar a reconèixer senyals/símtomes de tolerància/intolerància a l'exercici (ex. mareig, dispnea, augment del dolor muscular, ossi o articular, fatiga extrema, angina, sudoració excessiva, palpitations...) i tècniques de maneig de l'energia.
- Proporcionar instruccions il·lustrades i escrites, per emportar-se'n a domicili, sobre les normes generals i la forma de moviment per cada grup muscular.
- Establir un programa de seguiment per mantenir la motivació, ajudar a resoldre problemes i controlar el progrés periòdicament.
- Realitzar programes atractius per evitar l'avorriment o abandonament.
- Col·laborar amb la família i altres professionals sanitaris (23) (ex. fisioterapeuta, fisiòleg de l'exercici, terapeuta ocupacional, terapeuta recreacional) en la planificació, ensenyament i control del programa d'entrenament muscular.
- Incloure a la família en l'ensenyament, sempre que sigui possible.
- Informar al pacient sobre recursos comunitaris pel compliment de l'exercici.
- Ensenyar al pacient mesures de control del dolor abans de l'exercici.
- Proporcionar informació per escrit o diagrames com a referència constant (52).

**NANDA** -00040 - **Risc de síndrome del desús** (32)

Relacionat amb: dolor, alteració nivell de consciència, immobilitat mecànica.

**NOC** - 0204 - **Conseqüències de la immobilitat: fisiològiques.**

➤ Indicadors:

20418 - Trombosi venosa (17).	20402 - Restrenyiment.
20421 - Capacitat vital.	20411 - Força muscular.
20401 - Nafres per pressió (20).	20412 - To muscular.

<b>NIC</b> 1400 - <b>Maneig del dolor.</b>	<b>2380 - Maneig de la medicació(53).</b>
0200 - <b>Fomentar exercici.</b>	<b>3590 - Vigilància de la pell.</b>
6480 - <b>Maneig ambiental.</b>	<b>6610 - Identificació dels riscos.</b>
0180 - <b>Maneig de l'energia.</b>	<b>1100 - Maneig de la nutrició.</b>

\*Aquest diagnòstic està relacionat amb necessitats alterades que s'esmenten durant tot el pla de cures i de les quals es formen els seus diagnòstics. És a dir, aquest diagnòstic es formula conseqüentment a les alteracions fisiològiques esmentades. Per tant, els respectius NICS es troben explicats en cada apartat corresponent.

**NANDA** - 00093 - **Fatiga** (20)

Relacionat amb: alteració libido, alteració concentració, apatia, augment requeriments descans, augment símptomes físics, cansament, culpabilitat dificultat de mantenir responsabilitats, deteriorament habilitat per l'activitat física, deteriorament habilitat per mantenir rutines habituals, energia insuficient.

Manifestat per: ansietat, depressió, alteració de la son, factors estressants, malnutrició, pèrdua de la condició física, introspecció, patró de son no reparador.

**NOC** - 0007 - **Nivell de fatiga** (54)➤ Indicadors:

701 - Esgotament.

707 - Descens de la motivació.

703 - Estat d'ànim deprimat.

714 - Nivell d'estrès.

704 - Pèrdua de la gana.

715 - Activitats de la vida diària.

705 - Descens del libido.

719 - Qualitat del descans.

**NIC** - 0180- **Maneig de l'energia** (54)➤ Activitats:

- Definir la causa fisiològica de la fatiga (54) i corregir els dèficits d'aquest estat.
- Animar la verbalització de sentiments sobre les limitacions.
- Quantificar nivell de fatiga amb eines com *Fatigue Severity Scale (FSS)*, *Modified Fatigue Impact Scale (MFIS)* (55) i/o *Visual Analogue Scale (VAS) for fatigue* (54).
- Intentar reduir la fatiga amb mesures farmacològiques i no farmacològiques.
- Controlar ingesta i consultar al dietista maneres d'augmentar aliments energètics.
- Aconsellar exercicis aeròbics, fisioterapèutics, ioga i tai chi (56), segons toleri (54).
- Observar/registrar l'esquema i el número d'hores de son del pacient.
- Reduir molèsties que interfereixin cognitivament i l'autocontrol de l'activitat.
- Ajudar al pacient a comprendre els principis de conservació d'energia.
- Ajudar al pacient/cercle proper a establir metes realistes a curt termini (54).
- Animar a escollir activitats que millorin gradualment la seva resistència (54) (56).
- Ajudar a identificar tasques que es poden delegar a altres per alleugerir la fatiga.
- Limitar estímuls ambientals (llum i sorolls) i visites per facilitar la relaxació.
- Facilitar i afavorir l'alternança de períodes de repòs i activitat.
- Evitar l'activitat immediatament després dels àpats.
- Facilitar activitats d'esbarjo que indueixin calma per afavorir la relaxació.
- Planificar les activitats pels períodes en els quals el pacient té més energia.



- Ajudar en les activitats normals (deambulació, canvis posturals i autocura).
  - Controlar l'administració i efecte dels estimulants i sedants.
  - Recomanar l'activitat, coherentment amb els recursos energètics del pacient.
  - Ajudar al pacient a automonitoritzar-se (23) registrant la ingesta/despesa d'energia.
  - Ensenyar al pacient/familiars a reconèixer signes i símptomes que requereixin una disminució de l'activitat i, si persisteixen, instruir per avisar al professional sanitari.
  - Ensenyar al pacient/familiars tècniques que minimitzin el consum d'oxigen.
  - Realitzar un pla d'exercicis per la fatiga persistent (20) i avaluar progressió.
  - Teràpia conductual cognitiva (56).
  - Instruir al pacient/família sobre l'afrontament de l'estrès per reduir la fatiga (57).
- \*Altres NICS relacionats (explicats a altres diagnòstics): Foment de l'exercici, Millorar el son.**

#### **NANDA** - 00092 - **Intolerància a l'activitat**

Relacionat amb: immobilitat, repòs llit, sedentarisme, desequilibri aportació/demanda oxigen.

Manifestat per: canvis electrocardiogràfics, debilitat generalitzada, desconfort/ dispnea d'esforç, fatiga, FC i PA anormal en resposta a l'activitat.

#### **NOC** - 0005 - **Tolerància a l'activitat.**

➤ Indicadors:

- 502 - FC en resposta a l'activitat.
- 503 - FR en resposta a l'activitat.
- 507 - Coloració de la pell.
- 510 - Distància de caminata.
- 511 - Tolerància al pujar escales.
- 518 - Facilitat per realitzar les activitats de la vida diària (AVD).

#### **NOC** - 1632 - **Conducta de compliment: activitat prescrita.**

➤ Indicadors:

- 163201 - Discuteix les recomanacions d'activitat amb el professional sanitari.
- 163210 - Participa en l'activitat física diària prescrita.
- 163217 - Explica al professional sanitari els símptomes experimentats durant l'activitat.

#### **NOC** - 002 - **Conservació de l'energia.**

➤ Indicadors:

- 201 - Equilibri activitat/descans.
- 203 - Reconeix limitacions energia.
- 204 - Utilitza tècniques conservació energia.
- 206 - Manté una nutrició adequada.
- 207 - Nivell resistència adequat a l'activitat.

**NIC - 4310 - Teràpia d'activitat**➤ Activitats:

- Valoració de l'activitat amb escales com la de *Barthel (ABVD)* (29), la d'activitats instrumentals de la vida diària de *Lawton i Brody* (28, 23), o les escales *Functional Independence Measure* i/o *Functional Assessment Measure (FIM+FAM)* (29), (*Annex 1, 2, 3*).
- Determinar la capacitat i compromís del pacient de participar en activitats.
- Col·laborar amb els terapeutes ocupacionals, recreacionals i/o fisioterapeutes en la planificació d'un pla d'activitats.
- Ajudar al pacient a explorar el significat personal de les activitats.
- Ajudar al pacient a triar activitats coherents amb les seves possibilitats físiques, psicològiques i socials i fomentar un estil de vida físicament actiu.
- Ajudar al pacient a centrar-se en el que pot fer, més que en les mancances.
- Ajudar al pacient a obtenir els recursos necessaris per a l'activitat desitjada.
- Fomentar activitats creatives, segons correspongui.
- Ajudar al pacient a programar períodes d'activitats a la rutina diària.
- Identificar estratègies per fomentar la participació del pacient en activitats.
- Ensenyar al pacient i la família el paper de l'activitat física, social, espiritual i cognitiva en el manteniment de la funcionalitat i la salut.
- Ensenyar al pacient i la família a realitzar l'activitat desitjada o prescrita.
- Facilitar la substitució d'activitats quan el pacient tingui limitacions de temps, energia o moviment i proporcionar activitats que augmentin el període d'atenció.
- Fomentar la participació en activitats o teràpies de grup, segons correspongui.
- Derivar a centres comunitaris o a programes d'activitat, segons correspongui.
- Suggestir mètodes d'incrementar l'activitat física diària, si precisa.
- Disposar un ambient segur per al moviment continu de músculs grans.
- Proporcionar jocs de grup no competitiu, estructurats i actius.
- Fomentar la participació en activitats recreatives que tinguin per objecte disminuir l'ansietat: cantar, voleibol, ping-pong, passejar, natació, tasques senzilles, jocs simples, , tasques domèstiques, arranjament personal, jocs de cartes...
- Proporcionar un reforç positiu en la participació d'activitats.
- Instruir la família perquè ofereixi un reforç positiu i fomentar la seva participació.
- Ajudar al pacient a desenvolupar l'automotivació.

- Observar la resposta emocional, física, social i espiritual a l'activitat.
  - Ajudar a monitoritzar (23) el propi progrés en la consecució d'objectius.
- \*Altres NICS relacionats** (explicats a altres diagnòstics): **Fomentar la implicació familiar, Maneig de la nutrició, Maneig del dolor, Fomentar la mecànica corporal, Foment de l'exercici, Ensenyament: exercici prescrit, Millorar el son.**

**NANDA - 00165- Disposició per millorar el son**

Relacionat amb: Factors ambientals, Immobilització, Dolor.

Manifestat per: Expressa desig de millorar el son.

**NOC - 0004 - Son.**

➤ Indicadors:

401 - Hores de son.

404 - Qualitat de son.

417 - Dependència d'ajudes per dormir.

421 - Dificultat per conciliar el son.

**NOC - 2301 - Resposta a la medicació.**

➤ Indicadors:

230101 - Efectes terapèutics esperats.

**NIC - 1850 - Millorar el son.**

➤ Activitats:

- Incloure el cicle regular de son/vigília del pacient en la planificació de cures.
- Explicar la importància d'un somni adequat durant la malaltia.
- Registrar el patró i nombre d'hores de son del pacient i ensenyar a controlar-ho.
- Comprovar factors físics (apnea del son (58), via aèria obstruïda, dolor, molèsties i freqüència urinària) i/o psicològics (por o ansietat) que interrompen el son.
- Ajustar l'ambient (llum (58), soroll, temperatura, matalàs i llit) per afavorir el son.
- Ajudar a establir una rutina d'anar-se'n al llit i a eliminar situacions estressants.
- Aconsellar al pacient evitar els aliments i begudes que interfereixin el son.
- Ajudar al pacient a limitar el son durant el dia i a augmentar la interacció social (58).
- Comentar amb el pacient i la família tècniques per afavorir el son.
- Proposar mesures d'inducció del son (58): massatges, postures, contacte afectuós, teràpies de relaxació; musicoteràpia (59), relaxació muscular progressiva autogènica.
- Disposar de migdiades, si precisa, per complir amb les necessitats de son.
- Instruir sobre factors que contribueixin a trastornar el son; fisiològics, psicològics, ambientals, estil de vida, torns de treball canviants o llargs, canvis horaris...

- Ajustar i identificar el programa d'administració de medicaments, determinar els efectes que té la medicació en el patró de son (60), evitar supressors fase REM.
  - Regular els estímuls de l'ambient per mantenir els cicles dia-nit normals.
  - Entregar per escrit tècniques afavoridores del son, efectes adversos medicació...
- \***Altres NICS relacionats** (explicats a altres diagnòstics): **Disminució de l'ansietat, Foment de l'exercici, Maneig de l'energia.**

**NANDA** - 00109 - **Dèficit d'autocura: vestir-se** (61)

Relacionat amb: ansietat, debilitat, deteriorament musculoesquelètic, deteriorament neuromuscular, dolor, disminució de la motivació, fatiga.

Manifestat per: deteriorament habilitat per cordar-se/ obtenir la roba, per posar-se/ treure's diferents peces de roba, per posar-se la roba a la part inferior del cos, per utilitzar cremalleres.

**NOC** - 0302 - **Autocures: vestir-se**

➤ Indicadors:

30203 - Agafa la roba.

30210 - Es posa les sabates.

30207 - Es corda la roba.

**NIC** - 1630 - **Vestir**

➤ Activitats:

- Identificar les àrees en les que el pacient necessita ajuda per vestir-se.
- Assistir fins que el pacient sigui capaç de responsabilitzar-se i vestir-se per ell sol.

**NIC** - 1802 - **Ajuda amb l'autocura: vestir-se/ arreglament personal**

➤ Activitats:

- Reforçar els esforços per vestir-se sol.
- Considerar la cultura del pacient al fomentar les activitats d'autocura.
- Considerar l'edat del pacient al fomentar les activitats d'autocura.

**NIC** - 6480 - **Maneig ambiental**

➤ Activitats:

- Identificar les necessitats de seguretat del pacient.
- Informar a la família sobre la composició d'un ambient acollidor i segur pel pacient.
- Disminuir els estímuls ambientals, segons correspongui.

<b>NANDA</b> - 00047 - <b>Risc deteriorament integritat cutània</b>	
<u>Relacionat amb</u> : excrecions, hidratació, humitat, alteració sensorial, nutrició inadequada.	
<b>NOC</b> - 1101 - <b>Integritat tissular (23): pell i membranes mucoses.</b>	<b>NOC</b> 0204 - <b>Conseqüències de la immobilitat: fisiològiques.</b>
<p>➤ <u>Indicadors</u>:</p> <p>110101 - Temperatura de la pell.</p> <p>110104 - Hidratació.</p> <p>110115 - Lesions cutànies.</p> <p>110121 - Eritema.</p> <p>110123 - Necrosis.</p>	<p>➤ <u>Indicadors</u>:</p> <p>20401 - Nafres per pressió (20).</p> <p>20402 - Restrenyiment.</p> <p>20404 - Estat nutricional.</p>
<b>NIC</b> - 3500 - <b>Maneig de pressions.</b> 4590 - <b>Vigilància de la pell.</b> - 3584 - <b>Cures de la pell: tractament tòpic.</b>	
<p>➤ <u>Activitats</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vestir al pacient amb peces no ajustades.</li> <li>- Observar i evitar zones de pressió i fricció.</li> <li>- Comprovar la mobilitat i activitat del pacient.</li> <li>- Utilitzar una eina de valoració establerta per vigilar els factors de risc de pèrdua de la integritat de la pell del pacient com l'<i>Escala de Braden (23) (62)</i>, (Annex 2).</li> <li>- Utilitzar dispositius per mantenir talons i prominències òssies sense pressió.</li> <li>- Vigilar l'estat nutricional del pacient.</li> <li>- Vigilar el color (eritema, necrosis...), aspecte, hidratació i la temperatura de la pell.</li> <li>- Observar color, calor, tumefacció, polsos, textura, edema i nafres en les extremitats.</li> <li>- Observar si hi ha infeccions, especialment a les zones edematoses.</li> <li>- Registrar els canvis en la pell i les mucoses.</li> <li>- Prevenció del deteriorament cutani (ex. matalàs antiescares i canvis posturals c/2h).</li> <li>- Instruir sobre els signes de pèrdua d'integritat de la pell, si precisa.</li> <li>- Proporcionar suport a les zones edematoses (ex. coixins), si escau.</li> <li>- Aplicar lubricant per humitejar els llavis i la mucosa bucal, si cal.</li> <li>- Aplicar els bolquers sense comprimir, segons correspongui.</li> <li>- Donar massatge voltant de la zona afectada.</li> <li>- Proporcionar higiene abans i després d'orinar/defecar, si cal.</li> <li>- Evitar administrar aplicacions de calor local.</li> <li>- Evitar l'ús de sabons alcalins a la pell, proporcionar banys col·loïdals, aplicar</li> </ul>	

emol·lients a la zona afectada, higiene amb sabó antibacterià, segons correspongui.

- Mantenir la roba del llit neta, seca i sense arrugues i evitar roba aspra.
- Aplicar antibiòtics tòpics a la zona afectada, segons correspongui.
- Aplicar un antifúngic tòpic a la zona afectada, si precisa.
- Aplicar un desbridant tòpic a la zona afectada, quan es requereixi.
- Aplicar agent antiinflamatori tòpic a la zona afectada, si està indicat.
- Inspeccionar diàriament la pell en persones amb risc de pèrdua d'integritat cutània.
- Registrar el grau d'afectació de la pell.

**\*Altres NICS relacionats** (explicats a altres diagnòstics): **Fomentar l'exercici, Maneig de la nutrició.**

### **NANDA - 00146 - Ansietat**

Relacionat amb: crisi situacional, factors estressants, grans canvis.

Manifestat per: augment desconfiança, incertesa, indefensió, irritabilitat, nerviosisme, patiment, temor, sentiment d'insuficiència, disminució habilitat aprenentatge i/o per resoldre problemes, preocupació, disminució productivitat, impaciència, inquietud, canvis patró son, fatiga, debilitat.

#### **NOC - 1211 - Nivell d'ansietat.**

➤ Indicadors:

- 121105 - Inquietud.
- 121106 - Tensió muscular.
- 121108 - Irritabilitat.
- 121113 - Dificultats d'aprenentatge.
- 121117 - Ansietat verbalitzada.
- 121121 - Augment freqüència respiratòria.
- 121129 - Trastorn del son.

#### **NOC - 1300 - Acceptació: estat de salut.**

➤ Indicadors:

- 130009 - Busca informació sobre la salut.
- 130010 - Afrontament de la situació de salut.
- 130011 - Decisions relacionades amb la salut.
- 130014 - Realitza les tasques d'autocura.
- 130016 - Manté relacions (63).

#### **NIC - 5820 - Disminució de l'ansietat.**

➤ Activitats:

- Informar objectivament sobre el diagnòstic, tractament i pronòstic.
- Comprendre la perspectiva del pacient sobre una situació estressant.
- Animar la família a romandre amb el pacient, si és el cas.
- Fomentar un ambient de confiança (29) i escolta activa, facilitant la manifestació de sentiments, percepcions i pors i reforçant els comportaments adequats (23).
- Determinar els canvis en el nivell d'ansietat, la capacitat de presa de decisions i

ajudar a identificar les situacions que precipiten l'ansietat.

- Aconsellar activitats recreatives reductores de tensions (ex. Relaxació).
- Donar suport a l'ús de mecanismes de defensa adequats.
- Ajudar al pacient a realitzar una descripció realista del succés que s'acosta.
- Administrar medicaments que redueixin l'ansietat, segons correspongui.
- Observar si hi ha signes verbals i no verbals d'ansietat.

### **NIC - 6040 - Teràpia de relaxació - 5880 - Tècnica de relaxació**

#### ➤ Activitats:

- Treballar conjuntament amb un psicòleg, si precisa.
- Mantenir la calma i romandre amb el pacient mantenint el contacte visual, reduir els estímuls que creen por o ansietat transmetent seguretat i intimitat.
- Seure i parlar amb el pacient facilitant l'expressió d'ira constructivament.
- Oferir líquids, o llet, calents; fregar l'esquena,...
- Aconsellar mètodes que disminueixin l'ansietat (64) (ex. tècniques de respiració lenta i rítmica, distracció, meditació, relaxació muscular progressiva, música).
- Explicar el fonament i beneficis de la relaxació, límits i tipus disponibles.
- Avaluar símptomes que puguin interferir cognitivament en la tècnica de relaxació.
- Determinar si alguna intervenció de relaxació ha resultat útil en el passat.
- Considerar la voluntat de participació, preferències, experiències passades i contraindicacions per seleccionar l'estratègia de relaxació adequada.
- Utilitzar la relaxació com a estratègia complementària a altres mesures, si escau.
- Oferir una descripció detallada de la intervenció de relaxació triada.
- Crear un ambient tranquil, amb llums i temperatura agradables.
- Adoptar una posició còmoda sense robes restrictives i amb els ulls tancats.
- Individualitzar la intervenció de relaxació, mostrar i practicar-la amb el pacient.
- Induir conductes de relaxació com respiració profunda, badalls, respiració abdominal i imatges de pau utilitzant un to de veu suau, lent i rítmic.
- Fomentar la repetició o pràctica freqüent de les tècniques seleccionades.
- Proporcionar informació escrita o gravar la tècnica de relaxació per a ús a domicili.

### **NIC – 5210 – Orientació anticipada.**

- Ajudar a identificar crisi situacionals i possibles efectes personals i familiars.
- Informar sobre expectatives realistes del comportament del pacient.

- Avaluar resolució de problemes i ajudar a trobar la millor manera de fer-ho.
- Ajudar al pacient a identificar els recursos i opcions disponibles.
- Proporcionar al pacient materials/fullets educatius, si és el cas.
- Remetre el pacient a centres comunitaris, segons correspongui.
- Programar visites en moments estratègics o programar visites addicionals.
- Programar trucades telefòniques de seguiment (53).
- Involucrar la família/cuidador, sempre i quan sigui possible.

\***Altres NICS relacionats** (explicats a altres diagnòstics): **Foment de l'exercici.**

### **NANDA** – 00148 - **Temor**

Relacionat amb: estímuls de fòbia, entorn desconegut, separació el sistema de recolzament.

Manifestat per: augment tensió, impaciència, pànic, temor, tensió muscular, disminució capacitat aprenentatge, disminució capacitat resolució problemes, disminució productivitat, augment de l'alerta, conductes atacament, conductes evitació, impulsivitat, anorèxia, fatiga.

#### **NOC** - 1210 - **Nivell de temor.**

##### ➤ Indicadors:

- |   |  |
|---|--|
| 121001 - Distrès.                         | 121015 - Preocupació per la font de temor. |
| 121002 - Tendència a culpar als demés.    | 121022 - Tensió muscular.                  |
| 121004 - Falta d'autoconfiança.           | 121030 - Conducta d'evitació.              |
| 121006 - Irritabilitat.                   | 121031 - Temor verbalitzat.                |
| 121010 - Dificultats resolució problemes. |  |

#### **NOC** - 1704 - **Creences sobre la salut: percepció d'amenaça.**

##### ➤ Indicadors:

- 170401 - Percepció d'amenaça per la salut.
- 170404 - Preocupació per la malaltia.

#### **NIC** - 5380 - **Potenciar la seguretat.**

##### ➤ Activitats:

- Disposar d'un ambient no amenaçador, escoltar activament i mostrar calma.
- Oferir-se a romandre amb el pacient durant les interaccions interpersonals inicials, per tal de fomentar la seva seguretat durant els períodes d'ansietat.
- Presentar els canvis de forma gradual i amb antelació (ex. l'alta a domicili).
- Escoltar activament les pors del pacient/família.
- Comentar situacions específiques que amenacin al pacient o la família.



- Explicar al pacient/família totes les proves i procediments
  - Respondre a les preguntes sobre la seva salut d'una manera sincera.
  - Ajudar al pacient/família a identificar els factors que augmenten la seguretat.
  - Ajudar a identificar les respostes d'afrontament habituals i reforçar les efectives.
- \*Altres NICS relacionats (explicats a altres diagnòstics): Tècnica de relaxació, Recolzament espiritual.**

**NANDA - 00149 - Risc síndrome d'estrès del trasllat (53)**

Relacionat amb: canvi d'entorn, estratègies afrontament ineficaces, impotència, orientació insuficient abans del trasllat, recolzament insuficient, trasllat.

**NOC - 1311 - Adaptació al trasllat.**

➤ Indicadors:

- 131101 - Reconeix la raó del canvi.
- 131102 - Participació presa decisions.
- 131111 - Mostra un estat d'ànim positiu.
- 131119 - Ansietat.
- 131120 – Temor.

**NOC -0311- Preparació alta: vida independent.**

➤ Indicadors:

- 031106 – Descriu signes i símptomes al professional d'assistència sanitària (23).
- 031110 – Realitza AVD.
- 031113 - Obté l'assistència necessària (65).
- 031114 – Utilitza sistema de recolzament.
- 031117 – Participa en planificació de l'alta.

**NIC - 5350 - Disminució de l'estrès per trasllat.**

➤ Activitats:

- Esbrinar si l'individu ha tingut trasllats previs.
- Conèixer aspectes importants en la vida del pacient (família, amics, objectes personals).
- Animar a l'individu/família a comentar les preocupacions respecte al trasllat.
- Treballar amb l'individu les estratègies d'afrontament prèvies i afavorir-ne l'ús.
- Avaluar sistemes de suport (ex. família, implicació de la comunitat, religió).
- Assignar un «company» que l'ajudi en la integració en el nou ambient.
- Fomentar que l'individu/família busqui assessorament, segons correspongui.
- Assegurar-se que els objectes personals del pacient estiguin al seu lloc abans del trasllat.
- Controlar signes i símptomes fisiològics i psicològics d'estrès per trasllat (ex. anorèxia, ansietat, depressió, augment exigència i desesperança).
- Recolzament emocional (6).

- Proporcionar activitats recreatives (ex. aficions, activitats quotidianes).

### **NIC - 7370 - Planificació per l'alta.**

#### ➤ Activitats:

- Ajudar al pacient/familiar/persones properes a preparar-se per l'alta, amb la planificació dels ambients de suport necessaris per dur a terme les cures a domicili.
- Cercar el suport d'un cuidador, segons correspongui.
- Col·laborar amb el metge, pacient/familiar/persona propera i altres membres de l'equip sanitari en la planificació de la continuïtat de les cures (66).
- Comunicar al pacient/família els plans d'alta, formular un pla de continuïtat per al seguiment posterior a l'alta (23) i fomentar l'autocura, segons correspongui.
- Coordinar les derivacions entre els professionals sanitaris (23) i la respectiva implicació per garantir una alta oportuna (47).
- Desenvolupar un pla que tingui en compte les necessitats de cura, socials i econòmiques del pacient i valorar reorganització econòmica, si es precisa.
- Identificar la comprensió dels coneixements o habilitats necessaris per part del pacient i del cuidador principal per posar en pràctica després de l'alta.
- Registrar els plans respecte de l'alta del pacient a la història clínica.

### **NIC - 5240 - Assessorament**

#### ➤ Activitats:

- Establir una relació terapèutica basada en la confiança i el respecte (23).
- Proporcionar empatia, calidesa i sinceritat per afavorir l'expressió de sentiments.
- Disposar la intimitat i assegurar la confidencialitat.
- Informar objectivament sempre que sigui necessari i segons correspongui.
- Ajudar al pacient a identificar el problema o la situació causant del trastorn.
- Practicar tècniques de reflexió/clarificació per facilitar l'expressió de preocupacions.
- Ajudar al pacient/família que identifiqui límits de la situació i establir metes realistes.
- Ajudar al pacient a que enumeri les alternatives possibles al problema.
- Identificar diferències entre el punt de vista del pacient i el dels cuidadors.
- Determinar com afecta al pacient el comportament de la família.
- Verbalitzar la discrepància entre els sentiments i conducta del pacient.
- Utilitzar eines de valoració (paper i llapis, cinta d'àudio/vídeo o exercicis interactius interpersonals) per augmentar l'autoconsciència del pacient.

- Ajudar al pacient a que identifiqui els seus punts forts i reforçar-los.
- Afavorir el desenvolupament de noves habilitats, segons correspongui.
- Fomentar la substitució d'hàbits indesitjables per hàbits desitjables.
- Desaconsellar la presa de decisions en els moments d'estrès, si cal.
- Fomentar el recolzament familiar i facilitar l'autoresponsabilitat (47).

\***Altres NICS relacionats** (explicats a altres diagnòstics): **Disminució de l'ansietat, Orientació anticipada.**

**NANDA - 0062 - Risc de cansament del rol del cuidador (33)**

Relacionat amb: activitats cures excessives, adaptació familiar ineficaç, aïllament cuidador, ampliació duració cures, conflicte entre diferents compromisos del rol del cuidador, deteriorament salut cuidador, el pacient mostra una conducta desviada, entorn físic inadequat per les cures, factors estressants, falta d'experiència de les cures, patró adaptació cuidador ineficaç, patró de relació entre cuidador i pacient ineficaç, alta a domicili amb cures importants, temps descans cuidador insuficient, trastorn psicològic pacient, trastorn psicològic cuidador.

**NOC - 2202 - Preparació del cuidador principal domiciliari.**      **NOC - 2203 - Alteració de l'estil de vida del cuidador principal.**

➤ Indicadors:

220201 - Voluntat per assumir el paper de cuidador familiar.

220204 - Participació en les decisions d'atenció domiciliària.

220206 - Coneixement del règim de tractament.

220208 - Coneixement de l'activitat prescrita.

220222 - Participació en la planificació de l'alta.

➤ Indicadors:

220302 - Realització del rol.

220304 - Oportunitats per la intimitat.

220305 - Relacions amb altres membres de la família.

220307 - Suport social (23).

220309 - Productivitat laboral.

220319 - Cargues econòmiques.

**NIC - 7040 - Recolzament al cuidador principal**

➤ Activitats (dirigides al cuidador):

- Determinar el nivell de coneixements, l'acceptació i l'admissió de les dificultats del paper del cuidador principal.
- Facilitar l'expressió de sentiments, acceptar les emocions negatives i animar-lo (23).
- Valorar els esforços del cuidador (67) i donar suport decisions que pren (47).
- Valorar la dependència que té el pacient del cuidador.
- Monitoritzar els problemes d'interacció de la família en relació a les cures (67).
- Informar sobre l'estat i la teràpia del pacient (47).

- Ensenyar tècniques de cura per millorar la seguretat del pacient (65).
  - Donar assistència i ensenyar el seu manteniment, mitjançant trucades de telèfon (23) i/o cures d'infermeria comunitàries (47), per la pròpia salut física i mental.
  - Explorar amb el cuidador com ho està afrontant, monitoritzar l'estrès, ensenyar tècniques d'afrontament (47), recolzar i educar sobre el procés de dol.
  - Ensenyar al cuidador estratègies per accedir i treure el màxim profit dels recursos de cures sanitàries i comunitàries i animar-lo a participar en grups de suport.
  - Comentar amb el pacient els límits del cuidador i fomentar el seu respecte (47).
  - Animar al cuidador durant els moments difícils del pacient.
  - Donar suport al cuidador per establir límits i a tenir cura de si mateix.
  - Augmentar sistemes de recolzament, cures per relleu i implicació familiar.
  - Donar assistència pels recursos financers.
  - Proporcionar educació sanitària sobre tot el procés de la malaltia.
  - Fomentar la resiliència, potenciació de la socialització i períodes per descansar (58).
- \***Altres NICS relacionats** (explicats a altres diagnòstics): **Teràpia familiar** (67), **Orientació anticipada**, **Assessorament**.

**NANDA** - 00133 - **Dolor crònic** (20)

Relacionat amb: desequilibri de neurotransmissors, neuromoduladors i receptors, lesió SN.

Manifestat per: alteració habilitat per continuar amb les activitats prèvies, autoinforme intensitat dolor utilitzant escales estandarditzades, canvis patró son, expressió facial dolor, informes persones pròximes sobre canvis en les conductes de dolor/ canvis d'activitats.

**NOC** - 1605 - **Control del dolor**

➤ Indicadors:

- 160501 - Reconeix factors causals.
- 160502 - Reconeix el començament del dolor.
- 160503 - Utilitza mesures preventives.
- 160504 - Utilitza mesures no analgèsiques.
- 160505 - Utilitza analgèsics de forma adequada.
- 160508 - Utilitza els recursos disponibles.
- 160509 - Reconeix símptomes del dolor.
- 160513 - Refereix canvis al personal sanitari.

**NOC** - 2102 - **Nivell de dolor**

➤ Indicadors:

- 210202 - Duració dels episodis de dolor.
- 210206 - Expressions facials de dolor.
- 210209 - Tensió muscular.
- 210210 - Freqüència respiratòria.
- 210214 - Sudoració.

**NIC - 1400- Maneig del dolor**➤ Activitats:

- Realitzar una valoració exhaustiva del dolor que inclogui la localització, freqüència, característiques, aparició/durada, qualitat, intensitat i factors desencadenants.
- Instruir sobre el dolor (causes del dolor, freqüència,...) i el seu maneig.
- Observar signes no verbals de molèsties.
- Assegurar-se que el pacient rebi les cures analgèsiques corresponents (68).
- Utilitzar estratègies de comunicació terapèutiques per reconèixer l'experiència del dolor com l'escala visual analògica, *EVA* (29).
- Explorar el coneixement, cultura i creences del pacient sobre el dolor.
- Determinar l'impacte de l'experiència del dolor sobre la qualitat de vida.
- Explorar amb el pacient els factors que alleugen/empitjoren el dolor (69).
- Avaluar les experiències passades amb el dolor.
- Avaluar continuadament, amb el pacient i l'equip de cures, l'eficàcia de les mesures de control i alleugeriment del dolor que s'hagin utilitzat.
- Ajudar i proporcionar al pacient i la família a obtenir suport (69).
- Ajudar al pacient a automonitoritzar els canvis del dolor i que ajudi a identificar els factors desencadenants (ex. un diari) (70) i actuar en conseqüència.
- Determinar la freqüència necessària per la valoració de la comoditat del pacient i posar en pràctica un pla de seguiment.
- Disminuir o eliminar els factors que precipiten o augmentin l'experiència del dolor (ambient, por, fatiga, monotonia i falta de coneixements).
- Considerar la voluntat del pacient per participar, la seva capacitat, preferències, suport, i contraindicacions en escollir una estratègia d'alleugeriment del dolor.
- Desenvolupar aquelles mesures terapèutiques alleujadores del dolor (57).
- Considerar el tipus i la font del dolor en escollir una estratègia d'alleujament.
- Ensenyar l'ús de tècniques no farmacològiques (57) (retroalimentació (71), estimulació nerviosa elèctrica transcutània, hipnosi, relaxació (71), capacitat d'imaginació guiada (71), musicoteràpia, distracció, teràpia de jocs, teràpia d'exercicis (68), teràpia cognitiva conductual (57), acupuntura (70), aplicació de calor/fred i massatges, reiki) abans, després i durant les activitats doloroses; abans que es produeixi o augmenti el dolor, i amb altres mesures.
- Explorar l'ús i ensenyar mètodes farmacològics d'alleugeriment del dolor (68).

- Col·laborar amb el pacient/família/ professionals sanitaris per desenvolupar mesures no farmacològiques d'alleujament del dolor, segons correspongui (69).
- Utilitzar mesures de control del dolor abans que aquest sigui molt intens.
- Ús d'analgèsia/estratègies no farmacològiques prèvies al tractament abans dels procediments dolorosos o d'activitats per tal d' augmentar la participació.
- Utilitzar un enfocament multidisciplinari pel maneig del dolor (57).
- Verificar el nivell de molèsties amb el pacient, anotar els canvis en la història clínica i informar a altres professionals sanitaris perquè ho treballin amb el pacient (fisioterapeuta, metge, psicòloga, dietista...).
- Instaurar i/o modificar mesures de control del dolor envers la resposta del pacient.
- Fomentar períodes de descans/somni adequats per disminució del dolor.
- Informar altres professionals sanitaris/familiars sobre les estratègies no farmacològiques utilitzades pel pacient per fomentar actituds preventives en el maneig del dolor i informar al metge si les mesures no són efectives.
- Considerar la possibilitat de remetre el pacient/família a grups de suport (65)  
Integrar la família en les tècniques d'alleugeriment del dolor, si fos possible (69).

#### **NANDA** - 00157 - **Disposició per millorar la comunicació**

Relacionat amb: expressa desig per millorar la comunicació.

##### **NOC** - 0903 - **Comunicació: Expressiva**

➤ Indicadors:

90301 - Utilitza el llenguatge escrit.

90304 - Utilitza la conversa amb claredat.

90307 - Utilitza el llenguatge no verbal.

##### **NOC** - 904 - **Comunicació: Receptiva.**

➤ Indicadors:

90401 - Interpretació del llenguatge escrit.

90402 - Interpretació del llenguatge parlat.

90405 - Interpretació llenguatge no verbal.

90406 - Reconeixement missatges rebuts.

##### **NOC** - 0907 - **Elaboració d'informació.**

➤ Indicadors:

90703 - Verbalitza un missatge coherent.

90704 - Mostra pensament organitzat.

90709 - Comprèn una frase.

##### **NOC** - 1502 - **Habilitats d'interacció social.**

➤ Indicadors:

150203 - Cooperació amb els demés.

150204 - Sensibilitat amb els demés.

150205 - Ús de l'assertivitat.

150212 - Relacions amb els demés (63).

150216 - Ús estratègies de resolució de conflictes.

**NIC - 4340- Entrenament de l'assertivitat**➤ Activitats:

- Identificar les barreres a l'assertivitat.
- Proporcionar escolta activa i disminució de l'alteració cognitiva (els canals oberts són clau per alleujar la pressió en que el pacient es veu sotmès (17)).
- Diferenciar entre conductes assertives, agressives i agressives-passives.
- Ajudar a identificar els drets personals, responsabilitats i normes.
- Ajudar a aclarir les àrees problemàtiques en les relacions interpersonals.
- Promoure i valorar l'expressió d'idees, pensaments, i sentiments positius i negatius.
- Ajudar a identificar els pensaments autodestructius.
- Ajudar al pacient a distingir entre pensament i realitat i orientar-lo.
- Instruir el pacient sobre tàctiques per a la pràctica d'una conducta assertiva.
- Facilitar la pràctica mitjançant la discussió, modulació i joc de rols.
- Ajudar en la pràctica d'habilitats de conversa i socials (ex. ús de frases amb "Jo", comportaments no orals, obertura i acceptació de compliments).
- Monitoritzar els nivells d'ansietat i incomoditat del canvi de conducta.
- Donar recolzament en la presa de decisions.

**NIC - 5100- Potenciació de la socialització (63)**➤ Activitats:

- Fomentar la implicació en relacions ja establertes, activitats socials i comunitàries, animar a desenvolupar relacions amb persones amb interessos i objectius comuns.
- Fomentar compartir problemes amb sinceritat i respectant els drets dels altres.
- Fomentar la implicació en interessos totalment nous.
- Remetre el pacient a un grup o programa d'habilitats interpersonals.
- Donar retroalimentació sobre la cura de l'aspecte personal i altres activitats.
- Ajudar al pacient a reconèixer els seus punts forts i els límits interpersonals.
- Utilitzar el joc de rols per practicar les habilitats i tècniques de comunicació.
- Proporcionar models de rol que expressin la ira de forma adequada.
- Enfrontar al pacient amb els seus trastorns del judici, quan correspongui.
- Proporcionar retroalimentació positiva quan el pacient estableixi contactes.
- Animar el pacient a canviar d'ambient, com sortir a caminar o al cinema.
- Facilitar la planificació d'activitats futures, fomentar la planificació d'activitats per

part de grups petits i d'activitats de reminiscència en grup i/o individuals.

- Un logopeda pot ensenyar al pacient exercicis pels músculs afectats perquè millori els seus patrons de parla i la claredat de la seva veu (43).

\***Altres NICS relacionats** (explicats a altres diagnòstics): **Teràpia d'entreteniment.**

**NANDA** - 00069 - **Afrontament ineficaç** (61)

Relacionat amb: recolzament social insuficient, confiança inadequada, crisi situacional, estratègies relaxació tensió ineficaces, incapacitat per conservar energia adaptativa, incertesa, recursos inadequats, sentit de control insuficient.

Manifestat per: alteració comunicació, canvis patró son, accés insuficient recolzament social, conducta destructiva cap als demés, conducta risc, conducta autodestructiva, dificultat organitzar informació, fatiga, habilitats resolució problemes insuficients, incapacitat per manejar la situació, per demanar ajuda i/o per satisfer les necessitats bàsiques.

**NOC** - 1300 - **Acceptació: estat de salut.**

➤ Indicadors:

- 130008 - Reconeixement realitat situació.
- 130017 - Adaptació canvi estat de salut.

**NOC** - 1302 - **Afrontament problemes.**

➤ Indicadors:

- 130220 - Busca informació sobre la malaltia i el seu tractament.
- 130223 - Obté ajuda professional de forma adequada.

**NOC** - 1504 - **Suport social** (23).

➤ Indicadors:

- 150401 - Refereix ajuda econòmica.
- 150404 - Refereix informació rebuda.
- 150409 - Refereix xarxa social d'ajuda.

**NOC** - 1308 - **Adaptació a la discapacitat física:**

➤ Indicadors:

- 130803 - Adaptació limitacions funcionals.
- 130803 - Acceptació necessitat d'assistència física.

**NIC** - 5230- **Millorar l'afrontament.**

➤ Activitats:

- Ajudar a identificar objectius (47) i avaluar recursos per assolir-los.
- Fomentar relacions amb interessos comuns, animar a participar en activitats socials/comunitàries i presentar grups exitosos de la mateixa experiència.
- Ajudar al pacient a resoldre els problemes de forma constructiva.
- Valorar l'impacte de la situació vital del pacient en els rols i relacions.
- Animar el pacient a trobar una descripció realista del canvi de rol.
- Valorar la comprensió del pacient del procés de malaltia.
- Utilitzar la serenitat i tranquil·litat proporcionant un ambient d'acceptació.



- Ajudar al pacient a desenvolupar una valoració objectiva de l'esdeveniment.
- Proporcionar al pacient opcions realistes sobre certs aspectes de les cures.
- Encoratjar una actitud d'esperança realista per manejar la impotència.
- Avaluar la capacitat del pacient per prendre decisions saludables i recolzar-lo (47).
- Intentar entendre la perspectiva del pacient sobre una situació estressant.
- Afavorir el domini de la situació, responsabilitat i autonomia del pacient (47).
- Explorar èxits anteriors i fomentar la identificació de valors vitals específics.
- Confrontar els sentiments ambivalents del pacient (enuig o depressió).
- Facilitar sortides constructives a la ira i l'hostilitat.
- Ajudar al pacient a identificar respostes positives dels altres.
- Estudiar amb el pacient mètodes anteriors en el maneig de problemes vitals.
- Donar suport a l'ús de mecanismes de defensa adequats.
- Encoratjar la verbalització de sentiments, percepcions i pors.
- Explicar efectes de no enfrontar-se als sentiments de culpa i vergonya.
- Disminuir els estímuls de l'ambient que podrien ser amenaçadors.
- Valorar les necessitats/desitjos del pacient de suport social (23).
- Ajudar al pacient a identificar sistemes de suport disponibles.
- Determinar el risc del pacient per fer-se mal.
- Estimular la implicació familiar.
- Ajudar al pacient a identificar estratègies positives per afrontar les seves limitacions i manejar els canvis d'estil de vida o de rol.
- Ajudar al pacient a afrontar el dol i superar les pèrdues per la malaltia.
- Ajudar al pacient a aclarir els conceptes equivocats.

\***Altres NICS relacionats** (explicats a altres diagnòstics): **Orientació en el sistema sanitari.**

#### **NANDA – 00073 - Afrontament familiar incapacitant**

Relacionat amb: estils afrontament diferents entre persona de referència i pacient, relacions familiars ambivalents, sentiments no expressats de forma crònica per la persona de referència.

Manifestat per: agitació, conductes familiars perjudicials pel benestar, dependència pacient, depressió, desatenció relacions membres família, desatenció règim terapèutic o necessitats bàsiques pacient, distorsió realitat del problema salut pacient, hipertensió perllongada pacient, indiferència necessitats pacient, realització rutines sense tenir en compte pacient, rebuig.

**NOC - 2600 - Afrontament dels problemes de la família**➤ Indicadors:

- 260002 - Permet als membres la flexibilitat en els rols.
- 260003 - Enfronta problemes familiars.
- 260006 - Implica membres de la família en la presa de decisions (47).
- 260007 - Expressa sentiments i emocions obertament entre els membres.
- 260010 - Busca atenció per les necessitats de tots els membres de la família.
- 260012 - Estableix programes per la rutina i activitats familiars.
- 260015 - Manté l'estabilitat financera.
- 260022 - Expressa la necessitat d'assistència familiar.

**NOC - 2609 - Recolzament familiar durant el tractament.**➤ Indicadors:

- 260901 - Els membres expressen desig de recolzar a la persona afectada.
- 260902 - Els membres expressen sentiments de preocupació respecte al pacient.
- 260905 - Demanen informació sobre la malaltia del pacient.
- 260906 - Els membres mantenen comunicació amb el pacient.
- 260915 - Busquen recolzament social pel pacient.
- 260917 - Participen en la planificació de l'alta.

**NIC - 7110- Fomentar la implicació familiar (67) - 7150- Teràpia familiar (67)**➤ Activitats:

- Establir una relació personal amb el pacient i els membres de la família.
- Identificar la capacitat dels membres de la família per implicar-se en la cura.
- Determinar els recursos físics, emocionals i educatius del cuidador principal.
- Observar l'estructura familiar, els seus rols i la seva implicació en la cura.
- Identificar els dèficits d'autocura del pacient.
- Identificar les expectatives dels membres de la família respecte al pacient, preparar i acompanyar a la família i facilitar la comprensió de l'estat del pacient (23).
- Animar i ajudar als familiars i pacient a desenvolupar un pla de cures (23).
- Animar a la família/pacient a ser assertius amb els professionals sanitaris.
- Identificar la percepció per part dels membres de la família de la situació i els successos desencadenants, sentiments i conductes del pacient.
- Identificar altres factors estressants per als membres de la família.
- Reconèixer símptomes d'estrès dels familiars (plor, nàusees, vòmits i distraccions).

- Determinar el nivell de dependència respecte de la família que té el pacient.
- Animar la família a què es centri en qualsevol aspecte positiu de la situació.
- Respectar els mecanismes d'afrontament utilitzats per la família.
- Identificar amb la família l'afrontament, punts forts i les habilitats del pacient.
- Informar la família dels factors que poden millorar l'estat del pacient.
- Animar als membres de la família a mantenir relacions familiars, si precisa.
- Comentar les opcions existents del tipus de cures necessàries a domicili.
- Anticipar i identificar les necessitats de la família.
- Proporcionar suport perquè la família prengui decisions informades (47).
- Utilitzar la història clínica del pacient per fomentar el diàleg familiar.
- Determinar els patrons de comunicació, presa de decisions, resolució de problemes, vincles, rols, punts forts/recursos i punts febles de la família.
- Determinar esdeveniments recents que hagin implicat problemes a la família.
- Facilitar la comunicació eficaç, el diàleg familiar i l'expressió de sentiments.
- Ajudar els membres a prioritzar el problema familiar primari.
- Ajudar els membres de la família a aclarir expectatives dels altres.
- Facilitar estratègies per reduir l'estrès com la basada en l'atenció (57).
- Proporcionar educació, informació i compartir el pla de teràpia.
- Ajudar a la família a reforçar les estratègies d'afrontament positives.
- Fomentar la participació en activitats d'experiència casolana.
- Estudiar els límits familiars i facilitar reptes per a crear nous comportaments.
- Observar la relació jeràrquica dels membres del subsistema, ajudar en la reestructuració d'aquest i afavorir el mode en què es relacionen entre ells.
- Observar si es produeixen respostes terapèutiques adverses.
- Planificar les estratègies de conclusió i avaluació.

\***Altres NICS relacionats** (explicats a altres diagnòstics): **Recolzament al cuidador principal, Assessorament, Orientació en el sistema sanitari, Millorar afrontament.**

**NANDA** - 00067 - **Risc de patiment espiritual** (72)

Relacionat amb: canvis entorn, malaltia física, ansietat, autoestima baixa, barreres experiència de l'amor, canvi pràctiques espirituals, depressió, factors estressants.

**2001 - Salut espiritual.**➤ Indicadors:

200102 - Expressió d'esperança.

200103 - Expressió del significat i final  
de la vida.

200111 - Participació en rituals i cerimònies espirituals.

200116 - Relació amb el jo intern.

200122 - Satisfacció espiritual.

**1309 - Resiliència personal.**➤ Indicadors:

130901 - Verbalitza una actitud positiva.

130902 - Utilitza estratègies d'afrontament.

130912 - Busca recolzament emocional (23).

**NIC - 5420- Recolzament espiritual**➤ Activitats:

- Utilitzar la comunicació terapèutica per establir confiança i empatia.
- Utilitzar eines per controlar i avaluar el benestar espiritual.
- Tractar l'individu amb dignitat i respecte potenciant l'autoconsciència.
- Afavorir la revisió vital a través de la reminiscència i centrar-se en fets i relacions que van proporcionar força i suport espirituals.
- Animar a participar en interaccions amb familiars, amics i altres persones.
- Proporcionar privacitat i moments de tranquil·litat per a activitats espirituals.
- Fomentar la participació en grups de suport.
- Ensenyar mètodes de relaxació, meditació i imaginació guiada.
- Donar oportunitats per discutir sobre diferents creences i visions del món.
- Proporcionar música, literatura o programes de ràdio o TV espirituals.
- Estar obert a les expressions de preocupació, solitud i impotència.
- Encoratjar l'assistència a serveis i ús de recursos religiosos, si es desitja.
- Remetre a l'assessor espiritual escollit per l'individu, si precisa.
- Utilitzar tècniques de clarificació de valors, segons correspongui.
- Estar disposat a escoltar els sentiments de l'individu i expressar simpatia.
- Facilitar l'ús de la meditació, oració i altres tradicions i rituals religiosos.
- Desenvolupar un sentit d'oportunisme per a l'oració o rituals espirituals.
- Assegurar a l'individu la disponibilitat del cuidador en els punts de patiment.
- Estar obert als sentiments de l'individu sobre la malaltia i la mort.
- Ajudar a l'individu a expressar i alliberar la ira de forma adequada.
- Mostar esperança reconeixent el valor intrínsec del pacient i veient la seva malaltia només com una faceta de la persona.

**NANDA - 00153 - Risc de baixa autoestima situacional**

Relacionat amb: alteració imatge corporal, deteriorament funcional, disminució control entorn, expectatives irrealistes sobre un mateix, patró d'impotència.

**NOC - 1205 - Autoestima.**➤ Indicadors:

120509 - Manteniment higiene personal.	120514 - Accepta crítiques constructives.
120511 - Nivell de confiança.	120519 - Sentiments sobre la seva pròpia persona.
120522 - Descripció de l'èxit laboral	

**NIC - 5400 - Potenciació de l'autoestima.**➤ Activitats:

- Observar l'autoavalua i ajudar al pacient a trobar l'autoacceptació.
- Determinar la confiança del pacient en el seu propi criteri.
- Animar el pacient a identificar els seus punts forts i reafirmar-los.
- Fomentar el contacte visual al comunicar-se amb altres persones.
- Ajudar al pacient a identificar les respostes positives dels altres.
- Mostrar confiança en la capacitat del pacient per controlar una situació.
- Ajudar a establir objectius realistes per aconseguir una autoestima més alta.
- Ajudar al pacient a acceptar la dependència als altres, segons correspongui.
- Ajudar a avaluar la visió negativa de si mateix i evitar realitzar crítiques negatives.
- Fomentar l'augment de responsabilitat de si mateix, segons correspongui.
- Animar el pacient a avaluar la pròpia conducta i avaluar l'autocrítica o culpa.
- Animar el pacient a que accepti nous desafiaments.
- Recompensar el progrés del pacient en la consecució d'objectius.
- Facilitar un ambient i activitats que augmentin l'autoestima.
- Comprovar la freqüència de les manifestacions negatives sobre si mateix.
- Observar els nivells d'autoestima al llarg del temps, segons correspongui.
- Animar el pacient a verbalitzar autoafirmacions positives diàriament.

\***Altres NICS relacionats** (explicats a altres diagnòstics): **Millorar afrontament.**

<b>NANDA - 00097 - Dèficit d'activitats recreatives</b>	
<u>Relacionat amb</u> : activitats recreatives insuficients, hospitalització perllongada.	
<u>Manifestat per</u> : avorriment, l'entorn actual no permet dedicar-se a l'activitat.	
<b>NOC - 1604 - Participació en les activitats d'oci</b>	
➤ <u>Indicadors</u> :	
160401 - Participació en activitats diferents al treball habitual.	
160402 - Sentiment de satisfacció amb les activitats d'oci.	
160403 - Ús d'habilitat socials d'interacció apropiades.	
<b>NIC - 5360 - Teràpia d'entreteniment</b>	
➤ <u>Activitats</u> :	
- Ajudar a trobar el significat personal de les activitats recreatives preferides.	
- Avaluar les capacitats físiques i mentals per participar en activitats.	
- Incloure el pacient en la planificació d'activitats recreatives.	
- Ajudar a triar activitats coherents amb les capacitats físiques/psicològiques/socials.	
- Ajudar a obtenir els recursos necessaris per a l'activitat recreativa.	
- Ajudar al pacient a identificar les activitats recreatives que tinguin sentit.	
- Proporcionar un equip recreatiu segur i supervisar les sessions, si precisa.	
- Disposar activitats recreatives que disminueixin l'ansietat (ex. cartes, puzles).	
- Proporcionar un reforç positiu a la participació en les activitats.	
- Comprovar la resposta emocional, física i social a l'activitat recreativa.	
* <b>Altres NICS relacionats</b> (explicats a altres diagnòstics): <b>Potenciació socialització.</b>	

<b>NANDA - 00126 - Dèficit de coneixements (17,71)</b>	
<u>Relacionat amb</u> : coneixement insuficient dels recursos, informació errònia proporcionada per altres, informació insuficient, insuficient interès d'aprenentatge.	
<u>Manifestat per</u> : conducta inapropiada, coneixement insuficient, no seguiment instruccions.	
<b>NOC - 1811 - Coneixement: activitat prescrita.</b>	<b>NOC - 1802 - Coneixement: dieta prescrita.</b>
➤ <u>Indicadors</u> :	➤ <u>Indicadors</u> :
181101 - Activitat prescrita.	180201 - Dieta prescrita.
181120 - Beneficis activitat prescrita.	180202 - Beneficis de la dieta prescrita.

**NOC - 1844 - Coneixement: maneig de la malaltia aguda.**➤ Indicadors:

184402 - Curs habitual de la malaltia.

184409 - Opcions terapèutiques.

184414 - Efectes adversos medicació.

**NOC - 1806 - Coneixement: recursos sanitaris.**➤ Indicadors:

180606 - Pla d'assistència continuada (65).

180607 - Recursos socials d'ajuda.

180608 - Accedeix als serveis necessaris.

**NIC - 7400- Orientació en el sistema sanitari.**➤ Activitats:

- Explicar el sistema de cures sanitàries més proper i el seu funcionament.
- Ajudar al pacient/família a coordinar l'assistència sanitària i la comunicació.
- Ajudar al pacient o la família a escollir els professionals sanitaris adequats.
- Instruir sobre el tipus de servei que pot esperar de cada professional sanitari (infermeria, auxiliars infermeria, fisioterapeutes, medicina, internistes, psicòlegs,...).
- Informar sobre els diferents tipus i funcions de les instal·lacions sanitàries.
- Explicar requisits del departament sanitari estatal per jutjar la qualitat d'un centre.
- Informar el pacient sobre els recursos comunitaris i persones de contacte.
- Informar el pacient del dret a canviar de professional sanitari.
- Informar sobre què suposa signar el formulari de consentiment.
- Proporcionar al pacient una còpia dels Drets del Pacient.
- Explicar com accedir als serveis d'urgència per mitjà del telèfon o transport.
- Explicar com qüestionar la decisió presa per un professional sanitari, si cal.
- Coordinar el procediment de remissió als professionals sanitaris pertinents.
- Revisar i completar la informació proporcionada per altres professionals.
- Proporcionar informació al pacient sobre una prova o procediment específic.
- Proporcionar instruccions escrites sobre les activitats assistencials ambulatòries.
- Facilitar les necessitats de transport pels serveis d'assistència sanitària.
- Disposar d'un sistema de seguiment al pacient, segons correspongui.
- Observar l'adequació del seguiment actual de les cures.
- Proporcionar informes als cuidadors de post-hospitalització.
- Animar al pacient/família a que faci preguntes sobre els serveis i costos.
- Ajudar a omplir els formularis d'assistència i notificar les visites programades.

\***Altres NICS relacionats** (explicats a altres diagnòstics): **Ensenyament (47):exercici prescrit, Planificació per l'alta, Ensenyament (47): dieta prescrita.**

## 5. Discussió

Definitivament la SGB representa per les persones que la pateixen un fort impacte físic, emocional i econòmic, com també a l'entorn familiar i social. Tot i això, oferint unes cures adequades podem disminuir els factors de risc de morbiditat i mortalitat en la persona, evitant en la mesura del possible el seu reingrés hospitalari. A més, convé ressaltar la importància d'iniciar i fer partícip a la família en el procés de rehabilitació, i així aconseguir una millor qualitat de vida de la persona ajudant-la a recuperar parcialment o totalment la seva autonomia, capacitat d'autocura i autoestima. Per aconseguir-ho, s'ha d'abordar l'educació en el pla de l'alta com a aspecte primordial enfront tots els diagnòstics (10).

En funció de l'evidència consultada envers aquesta malaltia com en les seves repercussions es pot observar una intensa afectació en totes les esferes de la persona. Encara que les àrees més afectades són la mobilitat i l'estat respiratori (17), són igual d'importants les alteracions que la persona, consegüentment, és susceptible d'experimentar, com altres necessitats fisiològiques o psicològiques. D'aquí la importància d'una assistència continuada holística (23), entenent la persona com un tot. En aquest sentit, tant en el període agut com en el subagut, el pla de cures d'una persona amb la síndrome de Guillain Barré s'ha de centrar en potenciar la rehabilitació òptima del pacient mitjançant unes cures d'infermeria de qualitat que tinguin per objectiu la recuperació de l'autonomia. Cal tenir en compte que amb mesures de manteniment i amb una recuperació i rehabilitació intensiva continuada, el 85% dels casos es sol resoldre de manera completa en el transcurs de 6 a 12 mesos. Malgrat això, la recuperació completa pot endarrerir-se fins els 2 anys des del començament de la malaltia (17).

Per aconseguir una recuperació el més eficaç possible se li ha de donar un gran pes al tractament de neurorrehabilitació en la que des d'una visió interdisciplinària es puguin treballar aquelles funcions perdudes (74). Els programes de neurorrehabilitació consisteixen en processos terapèutics individualitzats que han estat desenvolupats per tal de resoldre les necessitats que presenta cada pacient (37). Així mateix, s'ha de tenir molt clar la seva finalitat en neuropaties perifèriques (75): disminuir el dolor, reeducar la sensibilitat propioceptiva, recuperar o mantenir la força muscular, recuperar les activitats de la vida diària, bàsiques i instrumentals.



A més, cal insistir que per l'assoliment d'aquests objectius s'ha de constar d'un equip sanitari multidisciplinari on hi participin professionals d'infermeria, de fisioteràpia (75), de medicina, de teràpia ocupacional i de logopèdia, entre altres. Així doncs, tant si el pacient marxa d'alta a un centre especialitzat com a domicili, en aquest últim cas ha d'estar orientat a les seves característiques (valoració del cas in situ), l'equip assistencial haurà d'ajudar al pacient i a la seva família a solucionar els problemes que se'ls hi plantegen a curt i a llarg termini (17).

En relació a les limitacions del present treball, esmentar que si bé hi ha evidència científica en cures post- hospitalàries amb persones amb afectacions neurològiques, és pràcticament inexistent l'evidència envers al pacient amb la síndrome de Guillain Barré.

## 6. Conclusions

- ✚ Les persones afectades de Síndrome de Guillain Barré requereixen d'un pla de cures complex i molt específic no sols a la fase aguda si no també a la fase post-aguda.
- ✚ La continuïtat de cures en les persones afectades de SGB és fonamental per evitar complicacions i per continuar amb el procés de rehabilitació i recuperació. Consisteix no sols en continuar les cures en un altre àmbit, sinó també en garantir una bona comunicació entre professionals.
- ✚ S'ha demostrat que els programes de cures de transició i continuïtat (des de l'alta a domicili) que presenten un intens seguiment i coordinació pels professionals d'infermeria, redueixen hospitalitzacions, emergències, despeses i milloren els resultats clínics.
- ✚ Els elements claus per garantir les cures continuades es basen en conèixer, assumir i difondre per part dels professionals l'atenció continuada, tenir instruments que ho facilitin, establir un sistema de coordinació al llarg de l'assistència i comptar amb sistemes d'avaluació amb l'objectiu de millorar.
- ✚ Les necessitats de moviment/ activitat, nutrició i eliminació, aprenentatge i seguretat física/ psíquica són les que s'han vist més afectades en aquesta síndrome durant l'alta a domicili. Els diagnòstics relacionats amb aquestes necessitats són risc de deteriorament de la deglució, risc de deteriorament de

la mobilitat física, risc d'aspiració, risc de restrenyiment, dèficit de coneixements, temor i ansietat. Respectivament als diagnòstics esmentats, existeixen intervencions de forta evidència com teràpia de deglució, foment de l'exercici, precaucions per evitar l'aspiració, maneig del restrenyiment i ensenyament/ educació sanitària, potenciar la seguretat i disminució de l'ansietat.

- ✚ Existeix una elevada morbimortalitat i recuperació incompleta si no es presta un bon seguiment assistencial en aquesta síndrome.
- ✚ Si bé hi ha evidència científica en cures post- hospitalàries amb persones amb afectacions neurològiques, és pràcticament inexistent l'evidència envers al pacient amb la Síndrome de Guillain Barré.

## 7. Bibliografia

1. Young P. Landry, Kussmaul, y el síndrome de Guillain-Barré-Strohl. *Rev Med.* 2014;142:930–1.
2. Casares Albornas F, Orestes Herrera L, Infante Ferres J, Varela Hernández A. Guillain-Barré syndrome. diagnosis and treatment updating. *Arch Médico Camagüey* [Internet] [Internet]. 2007;11(3). Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552007000300014&lang=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552007000300014&lang=pt)
3. Cozanitis DA. Heinrich Irenaeus Quincke (1842-1922): The Nobel Prize but for the problem of age. *Press Medicale* [Internet]. 2013;42(4 PART1):464–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2012.08.004>
4. GBS/ CIDP Foundation International. Síndrome de Guillain-Barré, polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (PDIA) y sus variantes. 2010;44. Available from: <https://www.gbs-cidp.org/wp-content/uploads/2012/01/OverviewSPA.pdf>
5. Paredes PPQ. Síndrome de Guillain Barré y embarazo. *Rev Ciencias Médicas Pinar del Río.* 2015;19(5):965–72.
6. Puga Torres MS, Padrón Sánchez A, Bravo Pérez R. Síndrome de Guillain Barré. *Rev Cuba Med Mil.* 2003;32(2):137–42.
7. Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares. Síndrome de Guillain-Barré [Internet]. *MedlinePlus.* 2016 [cited 2016 Jan 1]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/guillainbarresyndrome.html>
8. Reventun Alegre C, Castillo Obeso J, Pascual Gómez J. Neuropatías periféricas. *FMC Form Medica Contin en Aten Primaria* [Internet]. 2006;13(9):518–30. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1134-2072\(06\)71391-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1134-2072(06)71391-3)
9. GBS/CIDP Foundation International. Síndrome de Guillain-Barré: National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 17]. Available from: [https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/sindrome\\_de\\_guillain\\_barre.htm](https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/sindrome_de_guillain_barre.htm)
10. Cancino-Morales KL, Balcázar-Martínez V, Matus-Miranda R. Intervenciones de enfermería en una persona con síndrome de Guillain-Barré tipo AMAN, bajo la teoría de Dorothea Orem. *Enfermería Univ* [Internet]. 2013 Jan [cited 2017 Feb 15];10(1):27–32. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1665706313726253>
11. Cao-Lormeau V-M, Blake A, Mons S, Lastère S, Roche C, Vanhomwegen J, et al. Guillain-Barré Syndrome outbreak associated with Zika virus infection in French Polynesia: a case-control study. *Lancet* [Internet]. 2016 Apr [cited 2017 Jan 4];387(10027):1531–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673616005626>
12. Cuadro R, Silvariño R, Vacarezza M, Buzó R, Méndez E. Síndrome de Guillain-Barré en el adulto: manifestaciones clínicas, analíticas y epidemiológicas de diez pacientes asistidos consecutivamente en un único. *Rev Médica del ...* [Internet]. 2011;27(3):155–60. Available from:

[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0303-32952011000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0303-32952011000300005&script=sci_arttext)

13. Jimena AL, Loreto VB. Estudio electrodiagnostico en síndrome de Guillain Barré en adultos. *Rev Chil Neuropsiquiatr.* 2016;54(2):123–32.
14. Michael T Andary, MD, MS Professor, Residency Program Director, Department of Physical Medicine and Rehabilitation MSUC of OM. Guillain-Barre Syndrome: Practice Essentials, Background, Pathophysiology [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 4]. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/315632-overview#a5>
15. OMS. OMS | Síndrome de Guillain–Barré [Internet]. World Health Organization; 2016 [cited 2016 Dec 18]. Available from: [www.who.int/mediacentre/factsheets/guillain-barre-syndrome/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/guillain-barre-syndrome/es/)
16. Khan F, Ng L, Amatya B, Brand C, Turner-Stokes L. Multidisciplinary care for Guillain-Barré syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(10).
17. Simmons S. Síndrome de Guillain-Barré. Una pesadilla que en muchos casos tiene un final feliz. *Nurs (Ed española)* [Internet]. 2010;28(6):8–13. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-5382\(10\)70411-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-5382(10)70411-8)
18. Hughes RA, van Doorn PA. Corticosteroids for Guillain-Barré syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012;(10). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001446.pub4>
19. Godoy DA, Rabinstein A. Is a second cycle of immunoglobulin justified in axonal forms of Guillain-Barre syndrome? *Arq Neuropsiquiatr.* 2015;73(10):848–51.
20. Hughes R, Wijdicks E, Benson E. Supportive care for patients with guillain-barré syndrome. *Arch Neurol* [Internet]. 2005;62(8):1194–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/archneur.62.8.1194>
21. Raphaël JC, Chevret S, Hughes RA, Annane D. Plasma exchange for Guillain-Barré syndrome. In: Annane D, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [cited 2017 Jan 9]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001798.pub2>
22. Peter JG, Heckmann JM, Novitzky N. Recommendations for the use of immunoglobulin therapy for immunomodulation and antibody replacement. *South African Med J.* 2014;104(11):796.
23. Hirschman KB, Shaid E, McCauley K, Pauly VM, Naylor MD. Continuity of Care. The Transitional Care Model. *Online J Issues Nurs.* 2015;20(3).
24. Morrison J, Palumbo MV, Rambur B. Reducing Preventable Hospitalizations With Two Models of Transitional Care. *J Nurs Scholarsh.* 2016;48(3):322–9.
25. NNNconsult. Barcelona: Elsevier; 2012.
26. Heather HT, Kamitsuru S. *Nursing Diagnoses. Definitions and Classification.* 10th ed. Chichester, UK: Willey Blackwell; 2015.
27. Ortíz SET, Flores MG. *Modelos de cuidados en enfermería NANDA, NIC y NOC.* México: McGraw- Hill Interamericana; 2012.
28. SEDENE. *Enfermería en neurorrehabilitación. Empoderando el autocuidado.*

- Mesa AL, editor. Barcelona: Elsevier; 2016.
29. Bonache RM, Bonache RM. Escalas generales de valoración funcional. In: *Neurorrehabilitación Métodos específicos de valoración y tratamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012. p. 213–26.
  30. Sell SC, RN. Infecciones neurológicas: salvar la vida del paciente. In: *Atención integral a la enfermería: Trastornos neurológicos*. Ediciones. Springhouse; 1988. p. 169–72.
  31. Watkins M. Virginia Henderson's contribution to nursing. *J Clin Nurs*. 1996;5:205.
  32. Tejedor Tejedor C, Arango Fernández F, Pérez Fidalgo A, González Ablanado R, Palacio Villazón R, Alvarez Cano A, et al. Premio Público Póster: Síndrome de Guillain-Barre. *Rev Científica la SEDENE [Internet]*. 2009;30(1):7–9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2013-5246\(09\)70030-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2013-5246(09)70030-3)
  33. Martínez MM, Trinidad MF, Benito PP. Cuidados en enfermería en el SGB. In: Lendínez Mesa A, editor. *Enfermería en neurorrehabilitación: empoderando el autocuidado*. Elsevier. Barcelona; 2016. p. 191–7.
  34. Gil JR, Plumed RM, López JAB, Cobarsi AS, Moiset TG. *Protocol d'actuació del síndrome de guillain barré*. Girona; 2017.
  35. Herrera IGS. Manejo Del Dolor en el SGB. *Neurología [Internet]*. 2013;30(7):433–8. Available from: <http://books.google.es/books?id=3wMaVbJlc0YC>
  36. Cooke JF, Orb A. The recovery phase in Guillain-Barre syndrome: moving from dependency to independence. *Rehabil Nurs [Internet]*. 2003;28(4):105–108,130. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12875142>
  37. Khan F, Ng L, Amatya B, Brand C, Turner-stokes L, Khan F, et al. Atención multidisciplinaria para el síndrome de Guillain-Barré. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(10).
  38. González DF, Moreno SL, Aparicio JMS. Generalidades de la neurorrehabilitación. In: Lendínez Mesa A, editor. *Enfermería en neurorrehabilitación: empoderando el autocuidado*. Elsevier. Barcelona; 2016. p. 2–5.
  39. Cancino-Morales KL, Balcázar-Martínez V, Matus-Miranda R, Velasco NM, México MDF. Intervenciones de enfermería en una persona con síndrome de Guillain-Barré tipo AMAN, bajo la teoría de Dorothea Orem. *Enfermería Univ [Internet]*. 2013;10(1):27–32. Available from: [www.elsevier.es/](http://www.elsevier.es/)
  40. Requena RR, Olucha ER. Síndrome de Guillain-Barré: protocolo de actuación fisioterápico [Internet]. *EFISIOTERAPIA*. 2011 [cited 2017 Apr 17]. Available from: <https://www.efisioterapia.net/articulos/sindrome-guillain-barre-protocolo-actuacion-fisioterapico>
  41. Martín Novoa P. Fisioterapia respiratoria. *Esc en acción Infantil [Internet]*. 2010;(10636):12. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=3202382>
  42. Lendínez-Mesa A, Fraile-Gomez MDP, García-García E, Díaz-García MDC,

- Casero-Alcázar M, Fernandez-Rodríguez N, et al. Disfagia orofaríngea: prevalencia en las unidades de rehabilitación neurológica. *Rev Cient la Soc Esp Enferm Neurol*. 2014;39(1):5–10.
43. GBS/CIDP International Foundation. SGB: Una guía de atención aguda para profesionales médicos. 2012;37. Available from: [www.gbs-cidp.org](http://www.gbs-cidp.org)
  44. Laurenti L. Abordaje nutricional en el tratamiento de la disfagia. *Arch neurol neuroc neuropsiquiatr*. 2007;14(1):22–8.
  45. Errasquín MB, Jentoft CA. Enfermedades neurológicas. Demencias. In: Guía de alimentación para personas mayores [Internet]. Madrid: Ergon; 2010. p. 135–44. Available from: <http://www.institutodanone.es/cas/GuiaAlimentacion.pdf#page=20>
  46. González DL, González JLL, Guerrero MJL. Plan De Cuidados De Enfermería En Pacientes Geriátricos Con Disfagia. *Enfermería Glob* [Internet]. 2004;3(1):1–7. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/582>
  47. Naylor MD, Shaid EC, Carpenter D, Gass B, Levine C, Li J, et al. Components of Comprehensive and Effective Transitional Care. *Am Geriatr Soc*. 2017;
  48. McClurg D, Goodman K, Hagen S, Harris F, Treweek S, Emmanuel A, et al. Abdominal massage for neurogenic bowel dysfunction in people with multiple sclerosis (AMBER — Abdominal Massage for Bowel Dysfunction Effectiveness Research): study protocol for a randomised controlled trial. *BioMed Cent*. 2017;18(150).
  49. Remes-Troche JM. Estreñimiento: evaluación inicial y abordaje diagnóstico. *Rev Gastroenterol México*. 2005;70(3):312–22.
  50. Alba DV, Rodríguez JC, Alarma SB. Alteraciones funcionales vesicales. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado* [Internet]. 2015 Jul [cited 2017 May 1];11(83):4964–71. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S030454121500181X>
  51. J.M. Pena Outeiriño, A.J. Rodríguez Pérez, A. Villodres Duarte, S. Mármol Navarro JMLB. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. *Actas Urológicas Españolas*. 2007;31(7):719–31.
  52. Wendebourg MJ, Feddersen LK, Lau S, Köpke S, Moss-Morris R, Heesen C, et al. Development and feasibility of an evidence-based patient education program for managing fatigue in multiple sclerosis: The “Fatigue Management in MS” program (fatima). *Int J MS Care*. 2016;18(3):129–37.
  53. Donald F, Kilpatrick K, Reid K, Carter N, Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R, et al. Hospital to community transitional care by nurse practitioners: A systematic review of cost-effectiveness. *Int J Nurs Stud*. 2015;52:436–51.
  54. Tur C. Fatigue Management in Multiple Sclerosis. *Curr Treat Options Neurol* [Internet]. 2016;18(6). Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11940-016-0411-8>
  55. Larson RD. Psychometric properties of the modified fatigue impact scale. 2013;15(1):15–20.
  56. Brenner P, Piehl F. Fatigue and depression in multiple sclerosis:

- pharmacological and non-pharmacological interventions. *Acta Neurol Scand.* 2016;134:47–54.
57. Tompkins DA, Hobelmann JG, Compton P, Bonica JJ. Providing chronic pain management in the “ Fifth Vital Sign ” Era: Historical and treatment perspectives on a modern-day medical dilemma. *Drug Alcohol Depend.* 2017;173:11–21.
  58. Miller MA. The role of sleep and sleep disorders in the development, diagnosis, and management of neurocognitive disorders. *Front Neurol.* 2015;6(224).
  59. Wang C, Sun Y, Zang H. Music therapy improves sleep quality in acute and chronic sleep disorders: A meta-analysis of 10 randomized studies. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2014;51(1):51–62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.03.008>
  60. Lunde HMB, Bjorvatn B, Myhr K-M, Bø L. Clinical assessment and management of sleep disorders in multiple sclerosis: a literature review. *Acta Neurol Scand Suppl* [Internet]. 2013;127(196):24–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23190288>
  61. Benito RE fernández, Rojo NL, Toral SM, Cué EZ. Plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con Ictus. *Nuberos Científica* [Internet]. 2012 [cited 2017 Apr 16];1(7). Available from: <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/7/49>
  62. Jin Y, Piao J, Lee SM. Evaluating the validity of the braden scale using longitudinal electronic medical records. *Res Nurs Heal.* 2015;38(2):152–61.
  63. Simning A, Seplaki CL, Conwell Y. The association of an inability to form and maintain close relationships due to a medical condition with anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord* [Internet]. 2016;193:130–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.079>
  64. Ekor M, Adeyemi OS, Otuechere CA. Management of anxiety and sleep disorders: Role of complementary and alternative medicine and challenges of integration with conventional orthodox care. *Chin J Integr Med* [Internet]. 2013 Jan 29 [cited 2017 Apr 25];19(1):5–14. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11655-013-1197-5>
  65. Sun W, Doran DM, Wodchis WP, Peter E. Examining the relationship between therapeutic self-care and adverse events for home care clients in Ontario, Canada: a retrospective cohort study. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(206).
  66. Toles M, Colón-Emeric C, Asafu-Adjei J, Moreton E, Hanson LC. Transitional care of older adults in skilled nursing facilities: A systematic review. *Geriatr Nurs (Minneap).* 2016;37:296–301.
  67. Doherty WJ, Mcdaniel SH, Hepworth J. Contributions of medical family therapy to the changing health care system. *Fam Process.* 2014;53(3):529–43.
  68. Colloca L, Ludman T, Bouhassira D, Baron R, Dickenson AH, Yarnitsky D, et al. Neuropathic pain. *Nat Rev Dis Prim.* 2017;3.
  69. Elder CR, DeBar LL, Ritenbaugh C, Rumpitz MH, Patterson C, Bonifay A, et al. Health Care Systems Support to Enhance Patient-Centered Care: Lessons from a Primary Care-Based Chronic Pain Management Initiative. *Perm*

- Journal/Perm J [Internet]. 2017;21(16):101. Available from: <https://doi.org/10.7812/TPP/16-101>
70. Yang CM, Chen NC, Shen HC, Chou CH, Yeh PS, Lin HJ, et al. Guideline of neuropathic pain treatment and dilemma from neurological point of view. *Acta Neurol Taiwan*. 2012;21(3):136–44.
  71. A. C, F. M, A. S. Evidence based psychological treatments in pain management: A review of controlled and randomized trials about chronic headache, neuropathic pain and fibromyalgia. *J Headache Pain* [Internet]. 2015;16(September). Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed13&NEWS=N&AN=72080690>
  72. Pugh E, Salter P. Spiritual support using a chaplaincy service: update: NT NT NT. *Nurs Times Heal Med Collect*. 2012;108(43):28.
  73. Rosa González-Llinares M, Aramburu I, Jesús Ruiz de Ocenda M, representación del equipo investigador FIS E. Identificación y evaluación de la efectividad de la indicación de la continuidad de cuidados de enfermería entre niveles asistenciales del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza. *Rev Calid Asist*. 2002;17(4):232–6.
  74. Arcila-Londono X, Lewis RA. Guillain-Barré syndrome. *Semin Neurol* [Internet]. 2012 Jul 1 [cited 2017 Apr 19];32(3):179–86. Available from: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0032-1329196>
  75. Catalunya D. Catalunya [Internet]. Vol. 37. 2002 [cited 2017 Apr 15]. 3-4 p. Available from: [http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciutadania/serveis\\_atencio\\_salut/quins\\_serveis\\_ofereix\\_catsalut/altres\\_serveis/document/pla\\_rehabilitacio\\_catalunya.pdf](http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciutadania/serveis_atencio_salut/quins_serveis_ofereix_catsalut/altres_serveis/document/pla_rehabilitacio_catalunya.pdf)
  76. Mahoney FD, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryl State Med J*. 1965;14:61–3.
  77. Blümel M JE, Tirado G K, Schiele M C, Schönfeldt F G, Sarrá C S. Validez de la escala de Braden para predecir úlceras por presión en población femenina. *Rev Med Chil*. 2004;132(5):595–600.



## 8. Annexes

### Annex 1. Índex de Barthel (76)

Mahoney FD, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryl State Med J.* 1965;14:61–3.

- **Alimentació:**

Dependent 0

Necessita alguna ajuda (tallar, untar) 5

Independent en totes les accions 10

- **Bany:**

Necessita ajuda 0

Independent 5

- **Arranjament personal:**

Necessita ajuda 0

Independent (cara, dents, afaitat,..) 5

- **Vestir-se i desvestir-se:**

Dependent 0

Necessita ajuda parcial 5

Independent (botons, llaços,..) 10

- **Control anal:**

Incontinent 0

Incontinència ocasional 5

Continent 10

- **Control vesical:**

Incontinent 0

Incontinència ocasional 5

Continent 10

- **Ús del WC:**

Dependent 0

Necessita alguna ajuda 5

Independent 10

- **Trasllat llit - cadira:**

Impossible 0

Ajuda important, pot asseure's 5

Ajuda mínima (verbal o física) 10

Independent 15

- **Passejar**

Impossible 0

Independent en cadira de rodes 5

Passeja (ajuda d'una persona ) 10

Independent 15

( pot utilitzar ajuda de bastó, crosses,..)

- **Pujar i baixar escales**

No pot 0

Necessita ajuda 5

Independent 10

**Annex 2.** Escala de Lawton y Brody (29).

Bonache RM, Bonache RM. Escalas generales de valoración funcional. In: Neurorehabilitación Métodos específicos de valoración y tratamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012. p. 213–26.

<b>Capacitat per utilitzar el telèfon</b>	
Utilitza el telèfon per iniciativa pròpia, busca i marca números, etc.	1
És capaç de marcar bé alguns números coneguts	1
És capaç de contestar el telèfon, però no de marcar	1
No utilitza el telèfon en absolut	0
<b>Anar de compres</b>	
Realitza totes les compres necessàries independentment	1
Realitza independentment petites compres	0
Necessita anar acompanyat per realitzar la compra	0
Totalment incapaç de comprar	0
<b>Preparació del menjar</b>	
Organitza, prepara i serveix el menjar per si mateix adequadament	1
Prepara adequadament els menjars si se li proporcionen els ingredients	0
Prepara, escalfa i serveix els menjars, però no segueix una dieta adequada	0
Necessita que li preparin i li serveixin el menjar	0
<b>Cura de la llar</b>	
Manté la casa sol o amb ajuda ocasional (per treballs pesats)	1
Realitza tasques domèstiques lleugeres, com netejar els plats o fer-se el llit	1
Realitza tasques domèstiques, però no pot mantenir un nivell de neteja adequat	1
Necessita ajuda en totes les tasques de la llar	0
No participa en ninguna tasca de la llar	0
<b>Rentar la roba</b>	
Renta per si mateix tota la seva roba	1
Renta per si mateix petites peces (aclarir mitges, etc.)	1
Tota la neteja de roba ha de ser realitzada per algú altre	0
<b>Ús de mitjans de transport</b>	
Viatja sol en transport públic o condueix el seu propi cotxe	1
És capaç d'agafar un taxi, però no utilitza un altre mitja de transport	1
Viatja en transport públic quan va acompanyat d'una altra persona	1
Utilitza el taxi o automòbil només amb l'ajuda d'altres persones	0
No viatja en absolut	0
<b>Responsabilitat respecte a la pròpia medicació</b>	
És capaç de prendre's la seva medicació a l'hora i dosis correctes	1
Pren la seva medicació si una altra persona li prepara amb anticipació	0
No és capaç d'administrar-se la seva medicació	0
<b>Maneig d'assumptes econòmics</b>	
Maneja els assumptes financers amb independència (pressuposta, omple xecs, paga rebuts i factures, va al banc, etc.)	1
Realitzades compres cada dia, però necessita ajuda en les grans compres	1
Incapaç de menjar els diners	0
<b>Puntuació total</b>	

### Annex 3. Mesura d'indpendència funcional (FIM)+Mesures de valoració funcional (FAM) (29).

Bonache RM, Bonache RM. Escalas generales de valoración funcional. In: *Neurorrehabilitación Métodos específicos de valoración y tratamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012. p. 213–26.

Tabla 21-6. Escala FIM+FAM		
Ítems motores	Autocuidado	1. Comer
		2. Asearse
		3. Ducharse-bañarse
		4. Vestirse (parte superior)
		5. Vestirse (parte inferior)
		6. Ir al WC
		7. Deglutir*
	Control de esfínteres	8. Control esfínter vesical
		9. Control esfínter anal
	Movilidad: traslados	10. Cama, silla
		11. WC
		12. Ducha
		13. Coche*
	Movilidad: locomoción	14. Camina/silla de ruedas
		15. Escaleras
		16. Acceso a la comunidad
Ítems cognitivos	Comunicación	17. Comprensión auditiva/visual
		18. Expresión verbal/no verbal
		19. Lectura*
		20. Escritura*
		21. Habla inteligible
	Ajuste psicosocial	22. Interacción social
		23. Estado emocional*
		24. Ajuste a las limitaciones*
		25. Capacidad de empleo
		26. Resolución de problemas
	Funciones cognitivas	27. Memoria
		28. Orientación*
		29. Atención*
		30. Capacidad de autoprotección*
* Ítems de la escala FAM. FAM: <i>Functional Assessment Measure</i> ; FIM: <i>Functional Independence Measure</i> .		

**Annex 4.** Escala de Braden (77)

Blümel M JE, Tirado G K, Schiele M C, Schönfeldt F G, Sarrá C S. Validez de la escala de Braden para predecir úlceras por presión en población femenina. *Rev Med Chil.* 2004;132(5):595–600.

<i>Percepción Sensorial</i> Capacidad de respuesta a estímulos dolorosos	1. Limitado completamente	2. Muy limitado	3. Limitado levemente	4. Sin impedimento
<i>Humedad</i> Grado de humedad de piel	1. Constantemente húmeda	2. Muy húmeda	3. Ocasionalmente húmeda	4. Raramente húmeda
<i>Actividad</i> Grado de actividad física	1. Confinado a la cama	2. Confinado a la silla	3. Ocasionalmente camina	4. Camina frecuentemente
<i>Movilidad</i> Control de posición corporal	1. Completamente inmóvil	2. Muy limitada	3. Levemente limitada	4. Sin limitaciones
<i>Nutrición</i> Patrón de ingesta alimentaria	1. Completamente inadecuada	2. Probablemente inadecuada	3. Adecuada	4. Excelente
<i>Fricción y roce</i> Roce de piel con sábanas	1. Presente	2. Potencialmente presente	3. Ausente	

Se considera como riesgo de desarrollar úlceras un puntaje menor o igual a 16.