

GUÍA

ESCLEROSIS MÚLTIPLE



I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S



GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA – ESCLEROSIS MÚLTIPLE

1. CÓDIGO CIE X: G 35

2. DEFINICIONES Y SIGLAS: (EM)

Es una enfermedad desmielinizante, neurodegenerativa, crónica y autoinmune que afecta sobre todo al cerebro, tronco del encéfalo y medula espinal provocando la aparición de placas escleróticas o placas de desmielinización que impiden el funcionamiento normal de las fibras nerviosas. ¹

3. DESCRIPCIÓN O ASPECTOS GENERALES

La EM se puede clasificar en cuatro categorías recientemente definidas:

- **Remitente - recurrente:** Esta forma de EM, se caracteriza por ataques agudos, claramente definidos, recuperación total, o con algunos síntomas o secuelas neurológicas después de la recuperación. Los periodos entre recaídas se caracterizan por una ausencia de progresión de la enfermedad.
- **Primaria progresiva:** Muestra progresión de discapacidad desde el principio, con ocasionales ausencias de progresión y mejoría temporal menor.
- **Secundaria progresiva:** Empieza con un proceso remitente-recurrente, seguido por progresión a un paso variable que puede incluir recaídas y mejorías ocasionales.
- **Progresiva recurrente:** Muestra progresión desde su inicio, con recaídas discretas. Es frecuente en las personas que presentan la enfermedad después de los 40 años de edad. ²

3.1 ETIOLOGÍA

La causa de esta enfermedad no está clara y han sido señalados varios mecanismos, incluyendo factores inmunitarios, infecciones (bacterias y virus), hereditarios. ⁴

3.2 FISIOPATOLOGÍA

La desmielinización provoca un daño directo en la mielina y en los oligodendrocitos, estas lesiones se reparten especialmente por la sustancia blanca; alrededor de los ventrículos, aunque en menor medida en la sustancia gris, observando dos tipos de lesiones:

Las lesiones agudas; consisten en una respuesta inflamatoria que se caracteriza por la proliferación de linfocitos, macrófagos cargados de lípidos y linfocitos productores de anticuerpos, produciéndose un proceso de fagocitosis que afecta sobre todo la mielina así como un edema secundario. Con el tiempo la inflamación disminuye y el edema desaparece.

Lesión crónica; Consiste en una placa esclerótica dura.





En las lesiones agudas y fases iniciales de la enfermedad los axones desmielinizados están intactos, pero la conducción es lenta e intermitente; pero en las fases avanzadas, los axones se destruyen y la conducción resulta bloqueada, produciéndose la Remielinización, la cual puede ser la causa de que en las primeras fases de la enfermedad, la recuperación sea gradual en vez de rápida.²

3.3 SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- **Trastornos visuales:** Visión borrosa, Visión doble, neuritis óptica, Movimientos oculares rápidos o involuntarios, Pérdida total de visión (infrecuente).
- **Fatiga General y debilitante:** Que no se puede prever y/o es excesiva con respecto a la actividad realizada.
- **Problemas de Equilibrio y Coordinación:** Pérdida de equilibrio, Temblores, Ataxia (inestabilidad al caminar), Vértigos y mareos, Torpeza en una de las extremidades, Falta de coordinación, Debilidad, que puede afectar, en particular, a las piernas y el caminar, espasticidad.
- **Alteraciones de la Sensibilidad:** Cosquilleo, entumecimiento (parestesia), o sensación de quemazón en zonas corporales. Dolor muscular y otros dolores asociados con la EM, como dolor facial, Sensibilidad al calor: Ante un incremento de la temperatura, se produce un empeoramiento pasajero de los síntomas, Espasticidad
- **Trastornos del habla:** Habla lenta, Palabras arrastradas, Cambios en el ritmo del habla.
- **Problemas de vejiga e intestinales:** Micciones frecuentes y/o urgentes, Vaciamiento incompleto o en momentos inadecuados, Estreñimiento, Falta de control de esfínteres; vesical y anal (poco frecuente).
- **Trastornos Cognitivos y emocionales:** Problemas de la memoria a corto plazo, Trastornos de la concentración, discernimiento y/o razonamiento, ansiedad y depresión.
- **Problemas de la sexualidad e intimidad:** Impotencia, Disminución de la excitación, Pérdida de sensación.⁵

3.4 EPIDEMIOLOGÍA

A nivel mundial se estima que existen entre uno y 2,5 millones de personas que sufren de Esclerosis Múltiple. Y en Latinoamérica afecta a más de 30 mil personas.⁸

Está presente en un mayor número de mujeres que de hombres (2:1) y la contraen más las personas de raza blanca.³

Uno de los últimos estudios en nuestro país, define que la edad de inicio de enfermedad en promedio es de 31,5 años y la demora para el diagnóstico 3,8 años.⁶

En el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, en el 2012, la Esclerosis múltiple ocupa el 7° lugar de morbilidad en un 2,8%.⁷





3.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Dentro de los factores de riesgo que se han identificado para el desarrollo de EM están: infecciones virales, especialmente por el virus de Epstein-Barr, sexo femenino, poca exposición a luz solar (deficiencia de vitamina D), tabaquismo, historia familiar/genética, y vivir en latitudes altas.⁹

3.6 COMPLICACIONES

- Infección respiratoria.
- Infección urinaria.
- Trombosis.
- Úlceras por presión.
- Deterioro cognitivo.¹⁰

4. DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

- Dolor agudo R/C agente lesivo biológico: espasmos musculares.
- Deterioro de la deglución R/C deterioro neuromuscular: disminución de la fuerza o movimiento de los músculos implicados en la masticación.
- Deterioro de la movilidad física R/C deterioro neuromuscular: Proceso desmielinizante.
- Fatiga R/C estado de la enfermedad.
- Trastorno de la percepción sensorial: visual R/C disminución de la agudeza visual.
- Incontinencia urinaria R/C hiperreflexia del detrusor.
- Estreñimiento R/C debilidad de los músculos abdominales: disfunción medular.
- Trastorno del patrón del sueño R/C dolor, cambios en el estado de la salud.
- Ansiedad R/C cambios en el estado de la salud, función del rol.
- Afrontamiento ineficaz R/C falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación, inadecuación de recursos disponibles.
- Déficit de autocuidado: baño R/C deterioro neuromuscular.
- Déficit de autocuidado: vestido R/C deterioro neuromuscular.
- Riesgo de caída F/R disminución de la fuerza de las extremidades, trastornos de la visión, trastornos del equilibrio.



I. TAGLE L.
Página 3



P. MAZZETTI S



5. OBJETIVO

- Estandarizar el cuidado de enfermería en forma integral, oportuna y segura en pacientes con Esclerosis Múltiple.
- Homogenizar criterios de cuidado que permitan mejorar su estado neurológico basal y disminuir complicaciones.

6. POBLACIÓN OBJETIVO

Pacientes jóvenes y adultos hospitalizados con Diagnóstico de Esclerosis Múltiple.

7. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería.

8. GRADO DE DEPENDENCIA

Grado III.

9. PLAN DE CUIDADOS

Algoritmos.





Algoritmo 1

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

- ❑ Trastornos visuales: visión borrosa, visión doble, neuritis óptica, movimientos oculares rápidos o involuntarios, pérdida total de la visión, dolor ocular y cefalea.
- ❑ Problemas de equilibrio, coordinación y sensibilidad: intolerancia la actividad, temblores, inestabilidad postural, mareos, hormigueo, parestesia, dolor muscular y facial, espasmos musculares tónico dolorosos, informe verbal del dolor, dificultad en la marcha, deterioro del equilibrio, disminución de fuerza en extremidades superiores e inferiores, cambios en el habla, falta de masticación y enlentecimiento para formar el bolo alimenticio.
- ❑ Problemas de vejiga e intestinales: referencia de perdida involuntaria de orina antes de llegar al inodoro, capacidad para vaciar completamente la vejiga, cambios en el patrón intestinal, distensión abdominal, fatiga generalizada, flatulencia, incapacidad para eliminar las deposiciones.
- ❑ Problemas de memoria, concentración y emocionales: cambios bruscos del humor, angustia, temor, irritabilidad, incertidumbre, referencia de tener dificultad para conciliar el sueño.

V
A
L
O
R
A
C
I
O
N

D
I
A
G
N
O
S
T
I
C
O

Coordine:
Interconsultas:
 Neurofisiología Potenciales evocados visuales, somato sensoriales y auditivos)
 Neurooftalmología
Exámenes:
Imagenológico:
 Resonancia Magnética,
Laboratorio:
 Líquido cefalorraquídeo (Bandas oligoclonales, Índice de Inmunoglobulina G).

INTERVENCIÓN INTERDEPENDIENTE

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

- Dolor agudo
00132
- Deterioro de la deglución
00103
- Deterioro de la movilidad física
00085
- Fatiga
00093
- Trastorno de la percepción sensorial: visión
00122
- Incontinencia urinaria de urgencia
00019
- Estreñimiento
00011
- Trastorno del patrón del sueño
00198
- Ansiedad
00146
- Afrontamiento ineficaz
00069
- Déficit de autocuidado: baño
00108
- Déficit de Autocuidado: vestido
00109





Algoritmo 2

PLANEACION
EJECUCION
EVALUACION

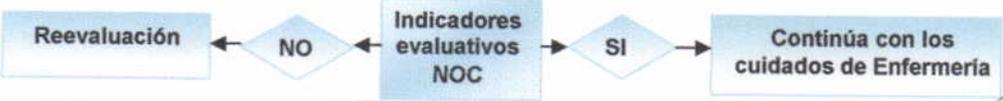
DOLOR AGUDO
R/C
Agente lesivo biológico: espasmos musculares

2. RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES EVALUATIVOS: NOC
2.1 *Control del dolor: 2.1.1 Reconoce el comienzo del dolor 2.1.2 Reconoce factores causales 2.1.3 Utiliza medidas de alivio no analgésicas 2.1.4 Refiere síntomas incontrolables al personal de salud 2.1.5 Refiere dolor controlado.
2.2 **Nivel del dolor: 2.2.1 Dolor referido 2.2.2 Duración de los episodios del dolor 2.2.3 Expresiones faciales de dolor 2.2.4 Gemidos y gritos 2.2.5 Inquietud 2.2.6 Pérdida de apetito.
2.3 ***Nivel de comodidad: 2.3.1 Bienestar físico 2.3.2 Bienestar psicológico 2.3.3 Control del dolor.
2.4 **Dolor: efectos nocivos: 2.4.1 Estado de ánimo alterado 2.4.2 Trastorno del sueño 2.4.3 Movilidad física alterada 2.4.4 Falta de apetito 2.4.5 Alteración de la eliminación intestinal.
Escala: * 1 Nunca demostrado - 5 Siempre demostrado
Escala: ** 1 Grave - 5 Ninguno
Escala: *** 1 No del todo satisfecho - 5 Completamente satisfecho

INTERVENCIONES: NIC
 Manejo del dolor
 Manejo de la medicación

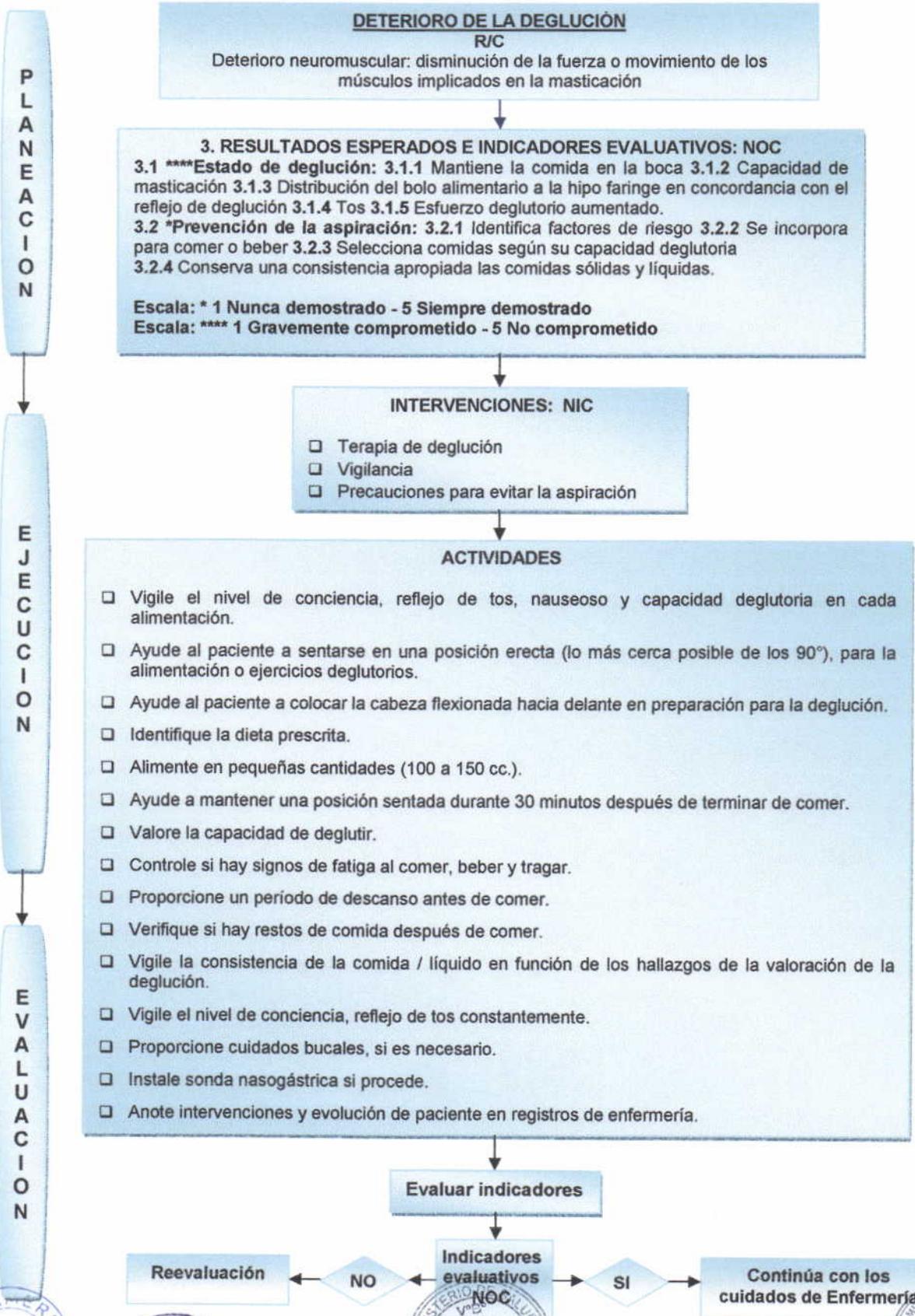
ACTIVIDADES
 Valore el dolor según localización, características, frecuencia, intensidad.
 Determine el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida del paciente.
 Explore con el paciente los factores que alivian / empeoran el dolor.
 Controle los factores ambientales, que puedan influir en la respuesta del paciente.
 Administre medicación analgésica u otros fármacos según prescripción médica.
 Evalúe la eficacia de la medicación a través de una valoración de escala del dolor.
 Fomente periodos de descanso / sueño adecuado que facilite el alivio del dolor.
 Monitoree el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos.
 Observe si hay efectos adversos por la medicación.
 Valore la eficacia de la medicación.
 Controle el cumplimiento del régimen de la medicación.
 Coordine con neurólogo tratante si no se logra controlar el dolor.
 Explique al paciente, efectos de la medicación.
 Anote en registros de enfermería intervenciones y evolución del dolor.

Evaluar indicadores





Algoritmo 3

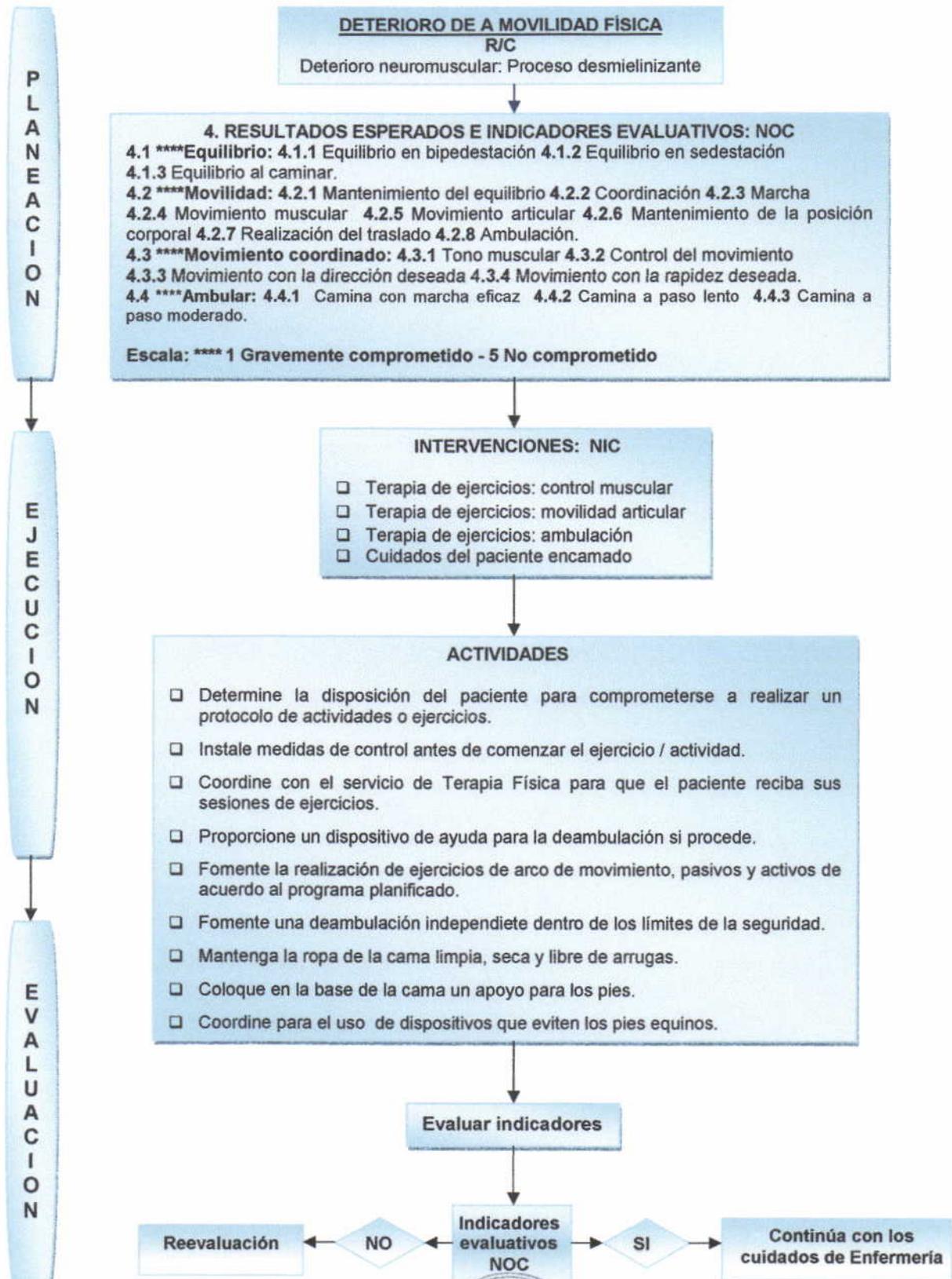


ENFERMERIA
[Signature]





Algoritmo 4





Algoritmo 5

PLANEACION
EJECUCION
EVALUACION

FATIGA
R/C
Estado de la enfermedad

5. RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES EVALUATIVOS: NOC
5.1 *Conservación de la energía: 5.1.1 Equilibrio entre la actividad y el descanso
5.1.2 Reconoce limitaciones de energía.
5.2 ****Tolerancia de la actividad: 5.2.1 Saturación de oxígeno em respuesta a la actividad
5.2.2 Frecuencia cardíaca en respuesta a la actividad 5.2.3 Frecuencia respiratoria en respuesta a la actividad 5.2.4 Paso al caminar 5.2.5 Distancia de caminata 5.2.6 Resistencia de la parte superior del cuerpo 5.2.7 Resistencia de la parte inferior del cuerpo
5.2.8 Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria 5.2.9 Habilidad para hablar durante el ejercicio.

Escala: * 1 Nunca demostrado - 5 Siempre demostrado
Escala: **** 1 Gravemente comprometido - 5 No comprometido

INTERVENCIONES: NIC
 Manejo de la energía

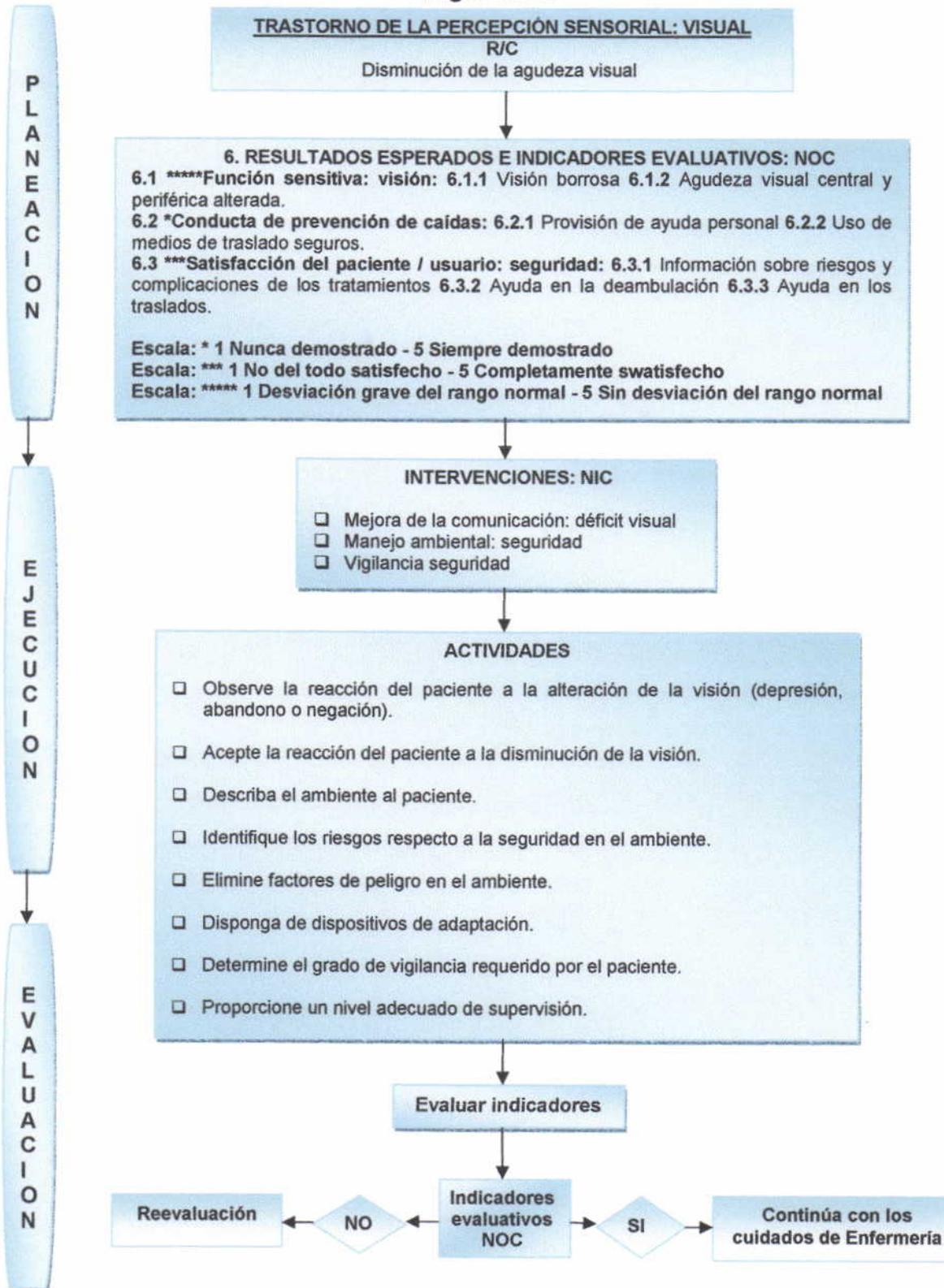
- ACTIVIDADES**
- Determine las limitaciones físicas del paciente.
 - Determine la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente.
 - Favorezca la expresión verbal de los sentimientos acerca de las limitaciones.
 - Determine las causas de la fatiga.
 - Controle la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.
 - Observe al paciente ante indicios de exceso de fatiga física y emocional.
 - Vigile la respuesta cardiorespiratoria a la actividad.
 - Observe y registre las horas de sueño del paciente.
 - Supervise si hay presencia de molestias físicas que pueda interferir en la realización de la actividad.
 - Limite los estímulos ambientales (luz y ruidos) para facilitar la relajación.
 - Favorezca el reposo / limitación de actividades para aumentar los períodos de descanso.
 - Utilice ejercicios de movimientos articulares para aliviar la tensión muscular.
 - Facilite actividades de recreo que favorezcan la relajación.
 - Favorezca la actividad física (deambulación o realización de las actividades de la vida diaria).
 - Eduque al paciente a reconocer los signos y síntomas de fatiga que requieran disminución de la actividad.

Evaluar indicadores





Algoritmo 6





Algoritmo 7

INCONTINENCIA URINARIA DE EMERGENCIA

R/C
Hiperreflexia del detrusor

P
L
A
N
E
A
C
I
O
N

7. RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES EVALUATIVOS: NOC
7.1 *Continencia urinaria: 7.1.1 Micción > 150 ml cada vez 7.1.2 Reconoce la urgencia miccional 7.1.3 Capaz de comenzar e interrumpir el chorro de la orina 7.1.4 Vacía la vejiga completamente 7.1.5 Capaz de usar el inodoro en forma independiente 7.1.6 Pérdidas de orina entre micciones 7.1.7 Pérdidas de orina al aumentar la presión abdominal 7.1.8 Ropa interior mojada durante el día 7.1.9 Infección del tracto urinario < 100.000 leucocitos.
7.2 **Eliminación urinaria:** 7.2.1 Patrón de eliminación 7.2.2 Cantidad de orina 7.2.3 Olor de orina.

Escala: * 1 Nunca demostrado - 5 Siempre demostrado
Escala: **** 1 Gravemente comprometido - 5 No comprometido

INTERVENCIONES: NIC

- Manejo de la eliminación urinaria
- Cuidados de la incontinencia urinaria

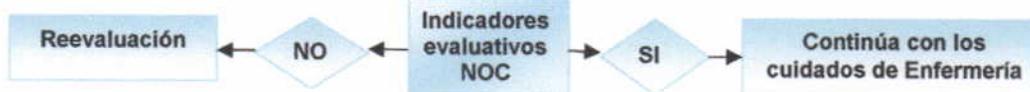
E
J
E
C
U
C
I
O
N

ACTIVIDADES

- Identifique los factores que contribuyen a episodios de incontinencia.
- Enseñe al paciente a responder inmediatamente a la urgencia de orinar.
- Enseñe al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario.
- Coordine con el médico ante la aparición de infección urinaria.
- Controle periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, la consistencia, olor, volumen y color).
- Ayude a seleccionar la prenda de incontinencia adecuada para el manejo a corto plazo.
- Limpie la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Limite los líquidos 2 o 3 horas antes de dormir.

E
V
A
L
U
A
C
I
O
N

Evaluar indicadores





Algoritmo 8

P
L
A
N
E
A
C
I
O
N

E
J
E
C
U
C
I
O
N

E
V
A
L
U
A
C
I
O
N

ESTREÑIMIENTO
R/C
Debilidad de los músculos abdominales: disfunción medular

8. RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES EVALUATIVOS: NOC
8.1 **Eliminación intestinal:** 8.1.1 Patrón de eliminación 8.1.2 Control de los movimientos 8.1.3 Cantidad de las heces 8.1.4 Cantidad de heces en relación a la dieta 8.1.5 Heces blandas y formadas 8.1.6 Tono esfinteriano 8.1.7 Eliminación fecal sin ayuda 8.1.8 Ruidos abdominales 8.1.9** Estreñimiento.
 Escala: ** 1 Grave - 5 Ninguno
 Escala: **** 1 Gravemente comprometido - 5 No comprometido

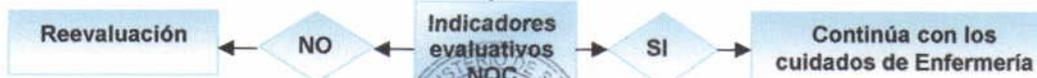
INTERVENCIONES: NIC

- Manejo del estreñimiento / impactación
- Manejo intestinal
- Manejo de la nutrición
- Manejo de líquidos

ACTIVIDADES

- Infórmese del patrón evacuatorio del paciente.
- Vigile la frecuencia de eliminación intestinal.
- Vigile la aparición de signos y síntomas de estreñimiento y / o impactación.
- Observe si hay sonidos intestinales en cada turno.
- Tome nota de problemas intestinales, rutina intestinal, uso de laxantes con frecuencia.
- Instruya al paciente sobre los alimentos con alto contenido de fibra.
- Administre líquidos tibios después de las comidas, si está indicado.
- Evalúe el perfil de los medicamentos para determinar efectos secundarios.
- Administre frutas secas, salvado, según tolerancia del paciente.
- Administre ablandadores de heces según indicación médica.
- Coloque enema ecuarte si prescribe.
- Reporte el efecto del enema en la historia clínica.
- Registre en la historia clínica diariamente el número de deposiciones.

Evaluar indicadores





Algoritmo 9

TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO

R/C

Dolor, cambios en el estado de la salud

9. RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES EVALUATIVOS: NOC
9.1 **Sueño:** 9.1.1 Horas de sueño 9.1.2 Calidad del sueño 9.1.3 Hábito del sueño 9.1.4 Duerme toda la noche 9.1.5 Despertar a horas apropiadas
 9.1.6** Dificultad para conciliar el sueño 9.1.7 Dolor.
9.2 **Dolor: efectos nocivos: 9.2.1 Estado de ánimo alterado 9.2.2 Trastorno del sueño 9.2.3 Movilidad física alterada 9.2.4 Falta de apetito 9.2.5 Alteración de la eliminación intestinal.

Escala: ** 1 Grave - 5 Ninguno

Escala: **** 1 Gravemente comprometido - 5 No comprometido

INTERVENCIONES: NIC

- Mejorar el sueño
- Manejo ambiental: confort
- Manejo del dolor

ACTIVIDADES

- Determine el patrón de sueño / vigilia del paciente.
- Supervise los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema del sueño.
- Observe y registre el número de horas de sueño del paciente.
- Regule los estímulos del ambiente (luz, ruido, cama) para favorecer el sueño.
- Evite situaciones estresantes que puedan alterar el sueño del paciente.
- Disponga de medidas agradables: masajes, confort y contacto afectuoso.
- Administre medicamento que induzcan al sueño según prescripción médica.
- Proporcione una cama limpia y cómoda.
- Facilite medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona.
- Brinde comodidad al paciente utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento, etc.
- Valore el dolor según localización, características, aparición, duración, frecuencia, intensidad y factores desencadenantes.
- Explore con el paciente los factores que alivian / empeoran el dolor.
- Controle los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (iluminación, ruidos, temperatura de la habitación).
- Administre medicación analgésica u otros fármacos necesarios de acuerdo con la prescripción médica.
- Evalúe la eficacia de la medicación a través de una valoración de escala de dolor.

Evaluar indicadores

NO

Indicadores evaluativos NOC

SI

Continúa con los cuidados de Enfermería

P
L
A
N
E
A
C
I
O
N

E
J
E
C
U
C
I
O
N

E
V
A
L
U
A
C
I
O
N





Algoritmo 10

PLANEACION
EJECUCION
EVALUACION

ANSIEDAD
F/R
Cambios en el estado de la salud. función del rol

10. RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES EVALUATIVOS: NOC
10.1 **Nivel de ansiedad: 10.1.1 Inquietud 10.1.2 Irritabilidad 10.1.3 Trastorno del sueño 10.1.4 Impaciencia 10.1.5 Tensión muscular 10.1.6 Conducta problemática 10.1.7 Dificultad para resolver problemas.
10.2 *Afrontamiento de problemas: 10.2.1 Busca información sobre su enfermedad y tratamiento 10.2.2 Utiliza el apoyo social disponible 10.2.3 Adopta conductas para reducir el estrés 10.2.4 Evita situaciones excesivamente estresantes 10.2.5 Refiere disminución de los sentimientos negativos 10.2.6 Refiere aumento del bienestar psicológico.
Escala: * 1 Nunca demostrado - 5 Siempre demostrado
Escala: ** 1 Grave - 5 Ninguno

INTERVENCIONES: NIC

- Disminución de la ansiedad
- Apoyo emocional
- Aumentar el afrontamiento

ACTIVIDADES

- Explique todos los procedimientos que se realizara al paciente así como las sensaciones que ha de experimentar.
- Proporcione información objetiva respecto a su enfermedad.
- Escuche con atención al paciente, sus sentimientos y creencias.
- Facilite un ambiente de confianza.
- Anímele para que exprese sus sentimientos, percepciones y miedo.
- Ayúdele a que identifique las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Determine la capacidad de toma de decisiones del paciente.
- Instruya al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- Comente la experiencia emocional con el paciente.
- Abraze o toque al paciente para proporcionarle apoyo.
- Favorezca la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Proporciónele ayuda en la toma de decisiones.
- Coordine con el servicio de Psicología para un mejor asesoramiento del paciente, si procede.
- Valore la comprensión del paciente con respecto del proceso de la enfermedad.
- Favorezca situaciones que fomenten la autonomía del paciente.
- Ayude al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.
- Ayude al paciente a clarificar los conceptos equivocados.

Evaluar indicadores



Reevaluación

NO

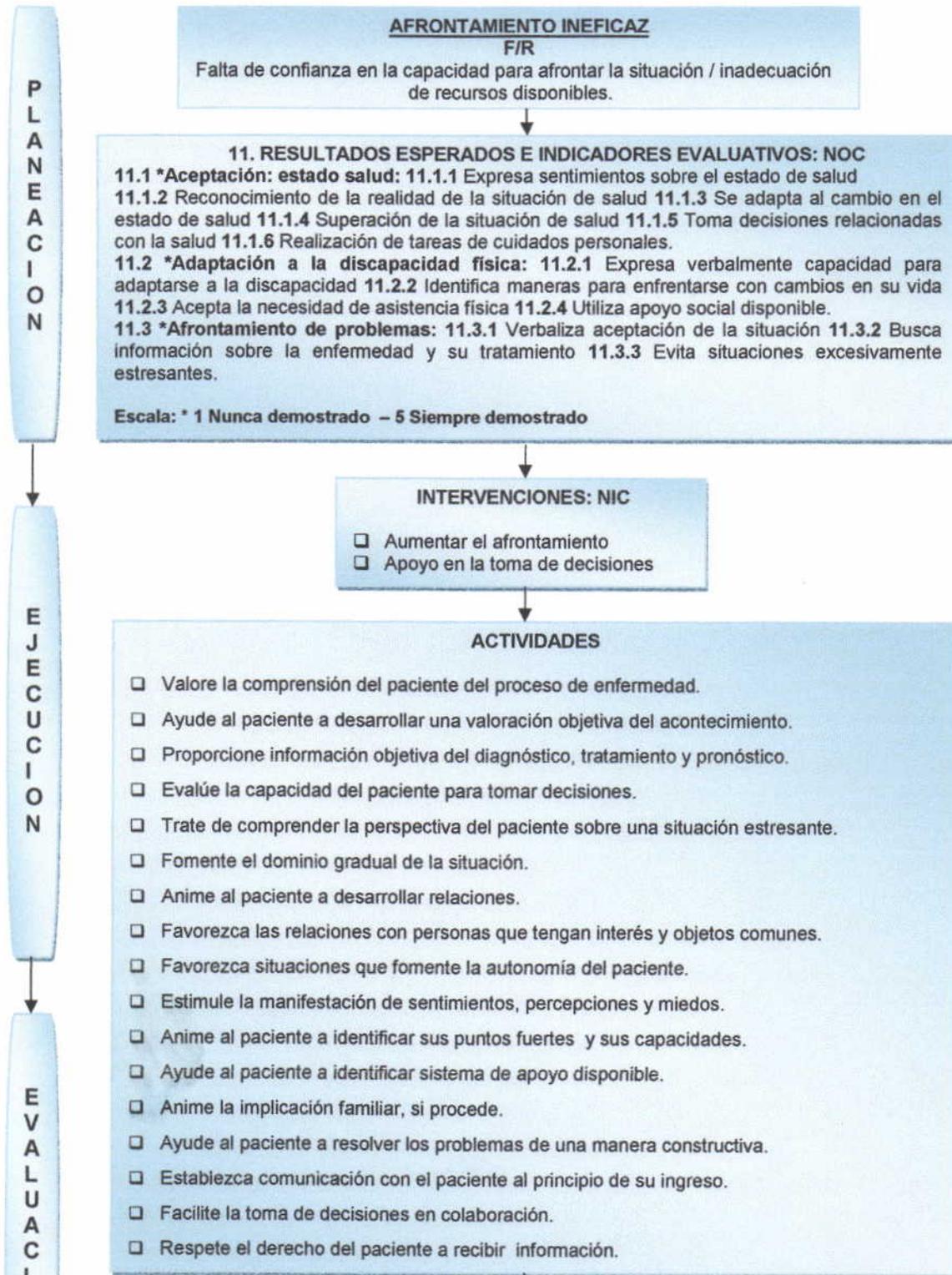
SI

Continúa con los cuidados de Enfermería

ENFERMERIA



Algoritmo 11



Evaluar indicadores



Reevaluación

NO

SI

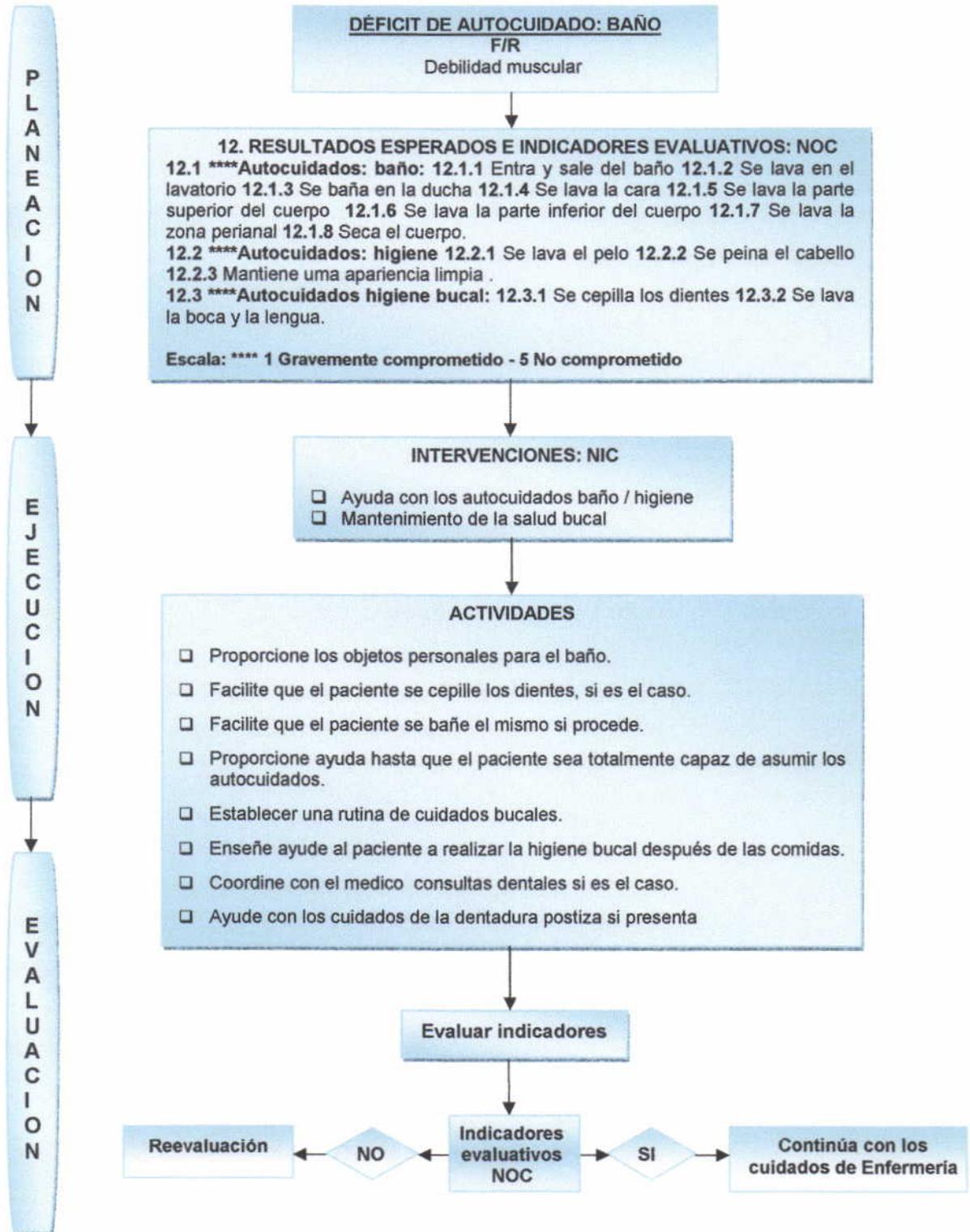
Continúa con los cuidados de Enfermería



ENFERMERIA
V. B. S.



Algoritmo 12



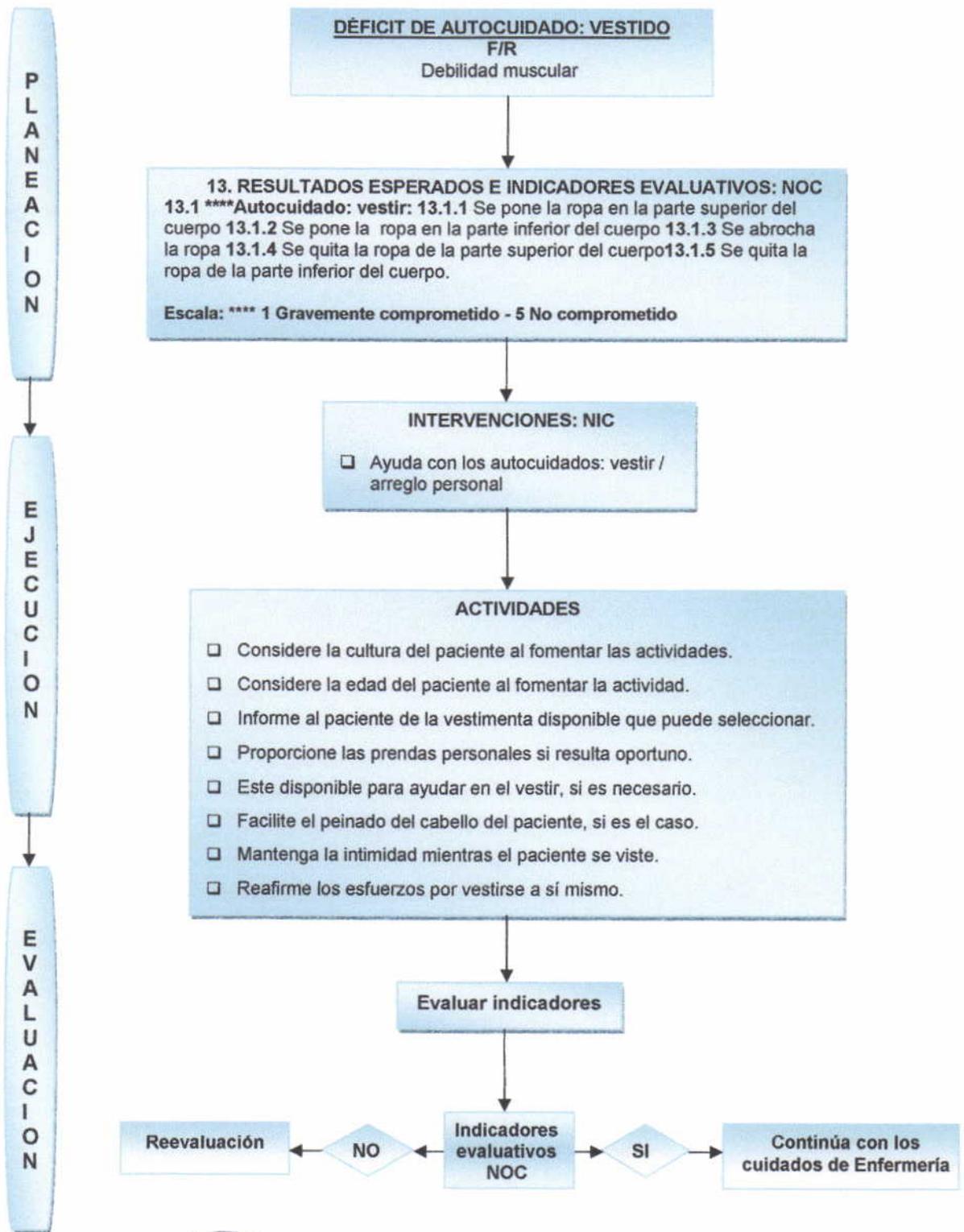
I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S



Algoritmo 13





Algoritmo 14

P
L
A
N
E
A
C
I
O
N

E
J
E
C
U
C
I
O
N

E
V
A
L
U
A
C
I
O
N

RIESGO DE CAIDA
F/R
Disminución de la fuerza de las extremidades, trastornos de la visión, deterioro del trastorno del equilibrio

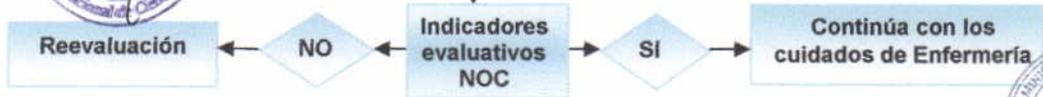
14. RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES EVALUATIVOS: NOC
14.1 ***Caídas:** 14.1.1 Caídas en bipedestación 14.1.2 Caídas sentado 14.1.3 Caídas de la cama.
14.2 *Conductas de prevención de caídas: 14.2.1 Colocación de barreras para prevenir caídas 14.2.2 Uso correcto de dispositivos de ayuda 14.2.3 Provisión de ayuda personal 14.2.4 Uso de medios de traslado seguro 14.2.5 Adaptación de la altura adecuada de la cama 14.2.6 Uso de precauciones a la hora de tomar medicamentos que aumenten el riesgo de caídas.
 Escala: * 1 Nunca demostrado - 5 Siempre demostrado
 Escala: ***** 1 Mayor de 10 - 5 Ninguno

INTERVENCIONES: NIC
 Identificación de riesgos
 Prevención de caídas

ACTIVIDADES

- Identifique al paciente que precisa cuidados continuos.
- Determine presencia y calidad de apoyo familiar.
- Determine el nivel educativo.
- Identifique el nivel cognitivo o físico del paciente que pueda aumentar la posibilidad de caídas.
- Identifique conductas y factores que afectan el riesgo de caídas.
- Proporcione dispositivos de ayuda para conseguir una deambulación estable.
- Enséñele al paciente a usar el bastón o el andador si procede.
- Proporcione al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda cuando el cuidador esté ausente.
- Responda a la voz de llamada del paciente, inmediatamente.
- Instruya al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa.
- Coloque señales que alerten al personal de que el paciente tiene alto riesgo de caídas.

Evaluar indicadores



P. MAZZETTI S



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Esclerosis Múltiple. Revisión de la literatura
medica.graphic.com/pdfs/facmed/un-2012/un125e.pdf
- (2) Holland, Murray, y Reingold. Esclerosis Múltiple. Guía práctica para el recién diagnosticado. Estados Unidos Library of congress Cataloging in Publication Data. 2012.
- (3) Esclerosis Múltiple.
diposit.ub.edu/dspace/bitstream/.../1/esclerosis%20MULTIPLE.pdf
- (4) Gauntlett, P & Myers; J. Tratado de Enfermería de Mosby. España. Editorial Harcourt Brace.
- (5) Rodríguez ,M (2012)1 Esclerosis múltiple: una enfermedad degenerativa
dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4018455.pdf
- (6) Vizcarra, D. Castañeda, B. Chereque. Prevalencia de Esclerosis Múltiple en Lima Perú. Revista Med. Hered. 2009.
20.130X2009000300005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1018-130X.
- (7) Según Oficina de Estadística del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
www.icn.minsa.gob.pe/
- (8) Unas 2,5 millones de personas sufren de Esclerosis Múltiple en el mundo
www.telesurtv.net/.../unas-2-5-millones-de-personas-sufren-deesclerosis...
- (9) Esclerosis múltiple: revisión de la literatura médica
www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2012/un125e.pdf
- (10) Pozo Domingo, Blanes, M. García, I & las enfermeras del servicio de neurología del Hospital General Universitario Alicante. Plan de cuidados el paciente con esclerosis múltiple. Copyright: Unidad del planes de cuidados del hospital general Universitario. 2010.
- (11) Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne McCloskey Dochterman. CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) Quinta edición. 2112 Elsevier – España
- (12) Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC) Quinta edición. 2012 Elsevier – España
- (13) Jhonson, M y Colaboradores. INTERRELACIONES NANDA NOC y NIC. Edic2°. Edit. Elsevier, España. 2007.
- (14) NANDA INTERNACIONAL (2009) Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. 2010 Elsevier – España.



(15) Marion Johnson, Sue Moorhead, Gloria Bulechek, Howard Butcher, Meridean Maas, Elizabeth Swanson. VÍNCULOS DE NOC Y NIC A NANDA – I Y DIAGNÓSTICOS MÉDICOS. Tercera edición. 2012 Elsevier - España

(16) Ley del Trabajo de la Enfermera (0), Ley N 27669

(17) Norma Técnica de Compendio de Guías de Intervención de Enfermería en Emergencias y Desastres Resolución Ministerial 996 -2005/MINSA

