



# **UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**

## **FACULTAD DE ENFERMERÍA**

### **UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**



#### **TRABAJO ACADÉMICO**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON  
SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ EN EL SERVICIO DE  
EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO  
HEREDIA, LIMA - 2019**

#### **MONOGRAFÍA**

**PRESENTADO POR:**

**MARÍA ANGELA MARCAVILLACA CABANA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:**

**EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**PUNO – PERÚ**

**2022**



## DEDICATORIA

A mi madre quien me apoya siempre, escuchándome cuando me siento abatida, quien me guía en la neblina de mis pensamientos y quien me inculca valores a pesar del tiempo, por su motivación inmutable que muestra a todos sus hijos. A mi Padrastro que siempre demostró ejemplos de perseverancia, constancia para salir adelante y me brindó consejos para sobrellevar los momentos difíciles de la vida.

**Maria Angela**



## AGRADECIMIENTOS

Primero Dios por darme la bendición por despertar cada día con vida, salud y las fuerzas para luchar por este proyecto de vida.

Al jurado calificador por su valioso tiempo y sus valiosos consejos para la culminación del presente trabajo monográfico. Y mi profundo agradecimiento por permitirme cumplir con un objetivo de vida más.

A mi asesora y directora licenciada Betty Bernardina Apaza Cabrera, quien me brindo apoyo, dirección, paciencia, entrega y motivación para la culminación de este trabajo monográfico.

A la coordinadora de investigación por brindarme parte de su valioso tiempo para culminar este trabajo monográfico.

A mi amigo Andrés Ticona Arias, quien me brindó su apoyo para exponer este trabajo monográfico.

**Maria Angela**



# ÍNDICE GENERAL

**DEDICATORIA**

**AGRADECIMIENTOS**

**ÍNDICE GENERAL**

**ÍNDICE DE ACRÓNIMOS**

**RESUMEN ..... 8**

**ABSTRACT..... 9**

## **CAPÍTULO I**

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

**1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ..... 10**

**1.2 JUSTIFICACIÓN ..... 14**

**1.3 OBJETIVOS..... 15**

1.3.1 Objetivo general ..... 15

1.3.2 Objetivos específicos: ..... 15

## **CAPÍTULO II**

### **REVISIÓN DE LITERATURA**

**2.1 DEFINICIÓN SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ ..... 16**

**2.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ..... 36**

## **CAPÍTULO III**

### **PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS**

**3.1. BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS ..... 44**

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**

**4.1 ANÁLISIS..... 50**

4.1.1 Valoración de enfermería datos de filiación: ..... 51



4.1.2 Motivo de consulta .....	51
4.1.3 Enfermedad actual.....	51
4.1.4 Tratamiento farmacológico .....	52
4.1.5 Exámenes clínicos .....	59
4.1.6 Valoración por dominios .....	62
<b>4.2 DISCUSIÓN:.....</b>	<b>64</b>
<b>V. CONCLUSIONES.....</b>	<b>91</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>92</b>
<b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>105</b>

Área: Ciencias médicas y de salud: Ciencias de la salud

Tema: Enfermería, Síndrome de Guillain Barré

**FECHA DE SUSTENTACIÓN:** 21 de enero del 2022



## ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

**AINES:** Se refiere a los medicamentos Antiinflamatorios No Esteroideos.

**AGA:** Son los gases en la arteria análisis

**BHE:** Balance hídrico estricto.

**Cc:** Centímetros cúbicos.

**CO<sub>2</sub>:** Dióxido de carbono.

**CFV:** Control de funciones vitales.

**CPK:** Enzima creatinfosfoquinasa que actúa en tejidos musculares, cerebro y corazón.

**EVA:** Se refiere a la Graduación visual analógicamente, que permite medir la intensidad del dolor.

**EV:** Se refiere a la administración de medicamentos por vía endovenosa.

**FIO<sub>2</sub>:** Fracción inspiratoria de oxígeno.

**GQ1B:** Célula gangliósido con secuencia de moléculas unidas a la tetra- cerámida.

**GM1:** Célula gangliósido con secuencia de moléculas unidas a la mono -cerámida.

**GD1a:** Célula gangliósido con secuencia de moléculas unidas a la di-cerámida.

**IgG:** Inmunoglobulina G. Anticuerpo del sistema inmune.

**IMC:** Índice de masa corporal.

**Kg:** Kilogramo.

**LAV:** Líquidos a voluntad.

**Lotep:** Se refiere al estado de estar lúcido, orientado en tiempo y espacio; está orientado para su uso en salud.

**Mg/dl:** Los Miligramos por decilitro.

**MINSA:** Ministerio de Salud.

**mmHg:** Milímetros de mercurio.

**mEq:** Miliequivalentes.



**NANDA:** Sociedad Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería.

**NIC:** Clasifica la investigación en la enfermería

**NOC:** Clasifica los resultados obtenidos en la enfermería

**NO REM:** No movimientos oculares rápidos. Fase de sueño ligero.

**O2:** Oxígeno.

**PAE:** Proceso de atención de enfermería.

**PRN:** Para requerimiento necesario.

**REM:** Movimientos oculares rápidos. Fase del sueño profundo.

**Sat. O2:** Saturación de oxígeno

**SGB:** Síndrome de guillain barré.

**TSH:** Hormona encargada de estimular la tiroides.

**ul:** Se refiere a la unidad de microlitro.

**UPP:** Úlcera por presión.

**VO:** Vía oral.



## RESUMEN

El presente trabajo monografía titulada: "Cuidados de Enfermería en un paciente con Síndrome de Guillain Barré en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima - 2019"; es realizada para determinar la atención dentro del ámbito de enfermería en el paciente con síndrome de guillain barré. La metodología que se aplicó fue cualitativa, que nos permitió realizar un análisis exhaustivo e interpretar los cuidados a través del procedimiento de cuidado de enfermería, el cual se trata de un procedimiento científico que se emplea un sistema de intervenciones basado en cinco etapas. La valoración fue instantánea, por estar dentro de la asistencia de emergencia, un área crítica y con gran demanda de pacientes, se realizó mediante la recolección de datos por: historial médico, entrevista personal e interpretación de exámenes auxiliares para identificar los problemas. Se formuló el diagnóstico en la enfermería. Se realizó y ejecutó el plan de las intervenciones por la enfermera. Y finalmente se realizó una valoración de los cuidados realizados a pacientes con el fin de aliviar la situación existente, solucionar problemas potenciales y sortear obstáculos que supongan un riesgo a la integridad y vida del paciente. De esta manera se logró obtener resultados satisfactorios en el paciente y durante el diagnóstico de enfermería con una permanencia hospitalaria durante 10 días.

**Palabras Clave:** Síndrome guillain barré, proceso de atención de enfermería.



## ABSTRACT

The present monograph work entitled: "Nursing Care in a patient with Guillain Barré Syndrome in the Emergency Service of the Cayetano Heredia National Hospital, Lima - 2019"; It is carried out to determine the care within the nursing field in the patient with Guillain Barré syndrome. The methodology that was applied was qualitative, which allowed us to carry out an exhaustive analysis and interpret the care through the nursing care procedure, which is a scientific procedure that uses an intervention system based on five stages. The assessment was immediate, being within the emergency care, a critical area with a high demand for patients, it was carried out by collecting data by: medical history, personal interview and interpretation of auxiliary tests to identify problems. The diagnosis was formulated in the infirmary. The intervention plan was carried out and executed by the nurse. And finally, an assessment of the care provided to patients was carried out in order to alleviate the existing situation, solve potential problems and overcome obstacles that pose a risk to the integrity and life of the patient. In this way, it was possible to obtain satisfactory results in the patiuring the nursing diagnosis with a hospital stay for 10 days.

**Key words:** Guillain barré syndrome, nursing care process



# CAPÍTULO I

## PRESENTACIÓN DEL CASO

### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El síndrome de guillain barré se trata de varias formas clínicas de neuropatías y se distingue por iniciar una debilidad motora aguda y progresiva. Es el proceso que inicia el sistema inmunológico dañando la estructura del sistema nervioso periférico, segregando anticuerpos autoinmunes a raíz de una infección previa.

La exposición clínica clásica de esta enfermedad, es la disminución en la fuerza muscular ascendente que durante su avance podría llegar a afectar los músculos encargados de realizar la respiración como la función ventilatoria, más de la mitad de los casos que se presentan de esta enfermedad su agente catalizador puede ser infección respiratoria o infección estomacal; en 30% de los pacientes también es probable que llegue a provocar una discapacidad prolongada que puede ser tratada con rehabilitación; el desarrollo de la enfermedad puede llegar a ser muy agresiva, llegando a desarrollarse de forma rápida que llegue a requerir asistencia de ventiladores en el transcurso de unos pocos días (1)

En casos graves necesitan soporte de ventilación mecánica como también un manejo experto multidisciplinario. El porcentaje de mortalidad ocasional de esta enfermedad se encuentra alrededor del 8%, pero en personas adultas mayores el riesgo es mayor. (3)

En Norteamérica y en Europa es habitual que se enfermen personas adultas y se



incrementa el riesgo con la edad, se registra que la incidencia por año se encuentra en un 0.4 y 4.0 por cada 100,000 personas por año, diversas investigaciones apuntan que los hombres son más afectados a comparación de las mujeres (2) Durante el mes de abril del año 2015 hasta marzo del 2016 fueron reportados alrededor de 160,000 casos relacionados al zika en 7 naciones de América, se dieron en el mismo tiempo el acrecentamiento de la enfermedad SGB que fue asociada a lugares tropicales. (4,5,6)

A nivel mundial el SGB es considerada una enfermedad costosa, que resulta en discapacidad a largo plazo y una alta tasa de mortalidad, especialmente en entornos de salud con recursos limitados.

En el Perú, esta enfermedad es considerada un evento de importancia en la salud pública. Porque existe la posibilidad de desarrollarse un tercer brote epidemiológico. (7) Se presentó 2 sucesos donde se incrementó los casos de guillain barré, el primer brote paso en el segundo trimestre del año 2018 en la libertad este brote se ubicó en la ciudad de Trujillo.

El segundo episodio fue en el año 2019 que fue reportado en 7 regiones del Perú, según el centro nacional de epidemiología, en la semana 35 del 2019, reportaron 860 casos (1), correspondiendo 5 casos en la región de Puno. Este notable incremento de casos, muy por encima de los 262 del 2018 y 59 del 2017, llevó a declarar emergencia sanitaria en Piura, Lima, Junín, Libertad, Lambayeque, por noventa días desde el 08 de junio del año 2018 (8).

Así, esta enfermedad se convirtió en uno de los orígenes más comunes de placidez



generalizada, donde los enfermos lidian con síntomas devastadores por la aparición inesperada, dejando secuelas en los casos severos o una lenta recuperación. A su vez, es más frecuente en adultos y hombres.

Así mismo, el Dr. Hugo Umeres Cáceres representante del área de neurología del nosocomio nacional Cayetano Heredia, refiere que casos muy severos pueden provocar arritmias cardíacas o hipertensión y paros respiratorios. (9)

Es por ello, que las enfermeras son esenciales para emplear el tratamiento a los pacientes hospitalizados, porque realizan la evaluación, la disminución y el control de signos, recepción de los enfermos, la aplicación del tratamiento, también la orientación a la familia, la higiene y la comida, preparación de la medicina, orden del historial clínico, el control de las órdenes médicas, el control epidemiológico, acciones de promocionar, recuperar y prevenir la enfermedad; estas actividades requieren de conocimiento científico, así mismo de entrenamiento práctico para avalar los buenos procedimientos (10)

A raíz de la sobrecarga laboral, las carencias en la estructura y la falencia de bienes; son factores que influyen para que la profesional de enfermería no pueda brindar una atención adecuada al paciente y la poca atención del departamento de enfermería para fortalecer los conocimientos y solucionar los problemas mencionados, evitan que se brinde una atención de calidad. (11)

En el área de emergencias del Cayetano Heredia, ingresan pacientes con diferentes patologías, entre ellas tenemos al guillain barré, una perturbación que necesita asistencia



debido al agravamiento de su misma etiología; mientras más temprano es administrado el tratamiento, tiene más alta probabilidad de tener un buen resultado. (12)

Si bien la enfermera está capacitada para iniciar la terapéutica en los pacientes con el respaldo de guías y protocolos de atención internacionales, nacionales y locales ya establecidos en los servicios de salud, en la práctica muchas veces no se encuentran físicamente en los servicios, por lo que las intervenciones de enfermería realizadas no estandarizadas muchas de ellas; se realizaron a base de conocimiento, juicio y experiencia individual.

Frente a la problemática expuesta, se realiza este trabajo aplicando la atención por enfermería al usuario de salud que entró a la asistencia de emergencia con un diagnóstico del síndrome de guillain barré. Se consideraron las principales etapas: evaluación, planificación, valoración y ejecución. (13)

Valoración: de la etapa donde se realiza la recolección de datos del paciente mediante: historial médico, entrevista personal y junto a la interpretación de exámenes auxiliares esto para la toma de decisiones para identificar el problema.

Diagnóstico: durante esta fase se llega a priorizar los principales problemas encontrados en la valoración, desde la perspectiva de la enfermería.

Planificación: Esta tercera etapa donde se establece el plan de vigilancia de enfermería que se seguirá.



Ejecución: esta fase es fundamental para el procedimiento de la enfermera, aquí se aplica las intervenciones de enfermería decididas en la etapa anterior.

Evaluación: tiene la finalidad de la recuperación de la salud, disminuir posibles problemas potenciales e impedir complicaciones que supongan peligro a la salud del paciente; se determina con el estado del paciente y lograr los objetivos planteados.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

La presente monografía se justifica por el referido notable aumento de casos en nuestro territorio peruano y específicamente porque esta enfermedad se ha transformado en la principal fuente de placidez motora generalizada.

Los pacientes presentan un trastorno agresivo a raíz de su aparición trayendo consigo secuelas en la movilidad junto a una complicada y dificultosa recuperación. Peor aún, cuando no es identificada y tratado de forma debida, se presentan complicaciones mortales, siendo importante una rápida actuación en el ámbito hospitalario, desde el reconocimiento de los síntomas del paciente, sus necesidades, sus miedos y las posibles complicaciones por su enfermedad.

Los profesionales especializados afrontan diariamente nuevos retos que necesitan un diseño novedoso que favorezca la atención integral para dar cuidados con responsabilidad. El mencionado plan de cuidados está enfocado especialmente a hospitales, en tal caso; desde el momento que el paciente es diagnosticado con este síndrome hasta que recibe su alta del hospital. En este contexto este estudio se justifica porque sintetiza el cuidado de enfermería durante el servicio de emergencia, se encuentra basado en los procedimientos para la atención de enfermería, aportando una experiencia



concreta ante futuros brotes de esta enfermedad.

Finalmente, la presente monografía pretende ayudar a fortalecer las habilidades, conocimientos y mejorar los cuidados brindados al paciente diagnosticado con guillain barré a través del PAE. Además de contribuir y motivar a futuros trabajos de investigación en los docentes, bachilleres y estudiantes de la facultad de enfermería.

### **1.3 OBJETIVOS**

#### **1.3.1 Objetivo General**

Establecer los cuidados de enfermería en un paciente con síndrome de guillain barré que acude al servicio de emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima - 2019.

#### **1.3.2 Objetivos Específicos:**

- Valorar al paciente del servicio de emergencia con síndrome de guillain barré.
- Establecer los diagnósticos enfermeros identificando necesidades de salud.
- Planificación de las intervenciones con el fin de resolver y reducir las complicaciones de la enfermedad.
- Elaborar las intervenciones programadas por parte de enfermería.
- Valorar el éxito de las intervenciones.



## CAPÍTULO II

### REVISIÓN DE LITERATURA

#### 2.1 DEFINICIÓN SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ

Se trata de una neuritis autoinmune con progreso rápido, presentando síntomas después de una exposición viral o bacteriana; donde el sistema inmune causa daño a las estructuras que forman el sistema nervioso periférico ya que genera anticuerpos autoinmunes. (1,3,14)

#### ETIOLOGÍA

El origen exacto de este padecimiento es desconocido, no obstante 50 - 70% de los casos tienen historia previa de 1 - 2 semanas de infección, ya sea viral o bacteriana y en escasos casos se presenta la enfermedad después de una inmunización, linfoma encontrado recientemente o exposición a toxinas u otro estímulo las cuales inducen la respuesta autoinmune dirigida hacia los nervios adyacentes y las raíces nerviosas. (15)

#### EPIDEMIOLOGÍA

Prevalencia entre 10 o 20 pacientes por millón de habitantes al año. El 66% de los casos presentados por el mencionado síndrome presentan como elemento desencadenante una infección respiratoria o infección digestiva, asimismo es posible que provoque una discapacidad prolongada la cual puede ser tratada con rehabilitación; el 30% de pacientes diagnosticados con este síndrome, con un desarrollo rápido y requerir asistencia ventilatoria en poco tiempo, (1) En Norteamérica y el viejo continente existe una incidencia de cuatro casos anualmente y generalmente en personas de la tercera edad. Diversos estudios indican que los hombres son los más afectados por este síndrome que las damas. (2)

A nivel nacional surge el primer incidente del mencionado síndrome en el 2018,



en la libertad con 54 pacientes, posteriormente se auto limita. A mediados del 2019 se inició un nuevo brote en la zona noreste del Perú con 52 y 99 pacientes, Lima con 163 casos, Junín con 94 pacientes y Loreto con 30 pacientes reportados al día 06 de junio, lo cual alarmó a la población y a la comunidad científica. (22)

Ante tal contexto el 15 de junio del 2019, el MINSA declara emergencia sanitaria para evitar la extensión del padecimiento en: la Libertad, Lima, Piura, Junín, Cajamarca, Ancash y Lambayeque por el plazo de 90 días calendario. (8)

Este brote se caracterizó principalmente por la rápida expansión a diferentes lugares, afectando a personas adultas con sintomatología de la forma ascendente tradicional y en menor proporción de la forma descendente. El instituto nacional de salud en asociación con el centro para el control y prevención de enfermedades, ha identificado como principal causa a campylobacter jejuni, que fue observado en 12 muestras que salieron positivas. El catalizador del brote síndrome de guillain barré, no se encuentra muy claro, se cree que se debe a la mala situación sanitaria en nuestro país, en este contexto se crea el caldo de cultivos para diversas infecciones, asociados al anterior cuadro neurológico. (22)



A nivel local en el hospital nacional Cayetano Heredia, se presentaron 1021 pacientes de síndrome de guillain barré reportados desde la semana 1 hasta la semana 45, de los cuales 624 casos fueron del sexo masculino con 15 defunciones de ese mismo sexo y 397 casos fueron del sexo femenino con 13 defunciones de ese mismo sexo. Con un grupo etario según: niño (0-11 años) con 79 casos y 1 defunción, adolescente (12-17 años) con 79 casos y 1 defunción, joven (18-29 años) con 156 casos y 3 defunciones, adulto (30-59 años) con 509 casos y 9 defunciones, adulto mayor (60 años a más) con 198 casos y 14 defunciones. (21)

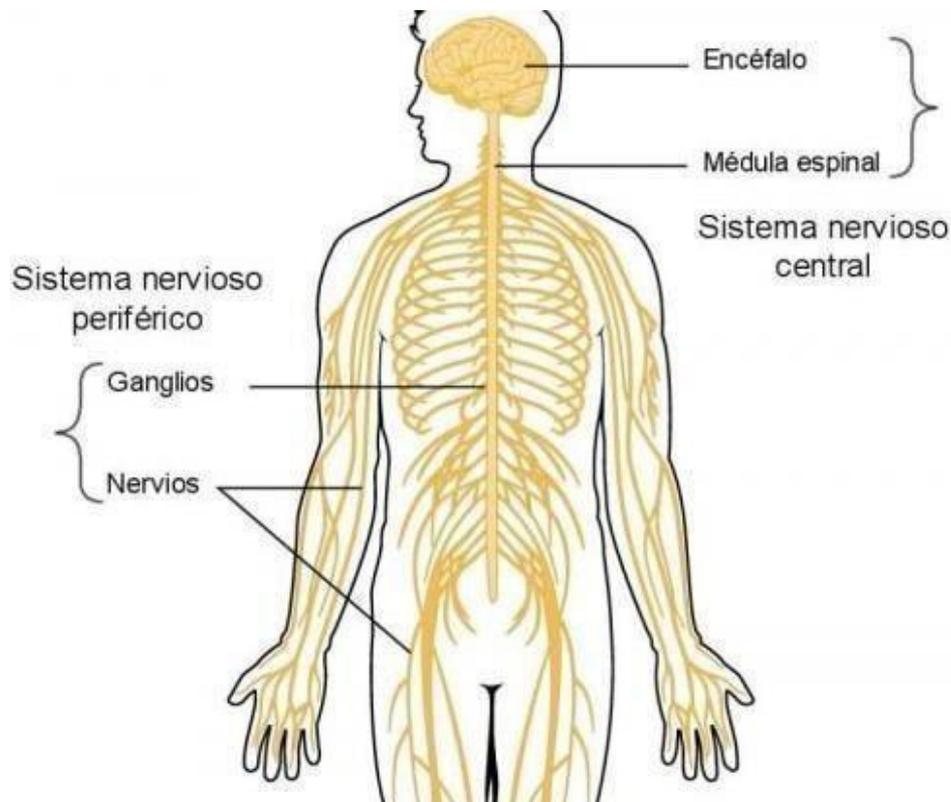
En este contexto se puede interpretar que, en el año 2019, hubo 1021 pacientes que fueron diagnosticados con síndrome de guillain barré con 28 defunciones sin considerar sexo, ni edad etaria. Predominando según género el sexo masculino con 624 casos y según grupo etario: se presentó 509 casos en la etapa adulta comprendidos desde los 30 hasta los 59 años y en mayor número de defunciones según edad, se dio en la etapa de adulto mayor comprendidos de 60 años a más, con 14 defunciones. (23)

En el año 2020 se presentaron 22 pacientes con síndrome de guillain barré, de los cuales 21 casos fueron confirmados y 1 caso fue descartado. Quedando en el noveno lugar en el rango de enfermedades atendidas y casos notificados según tipo de diagnóstico. (24)

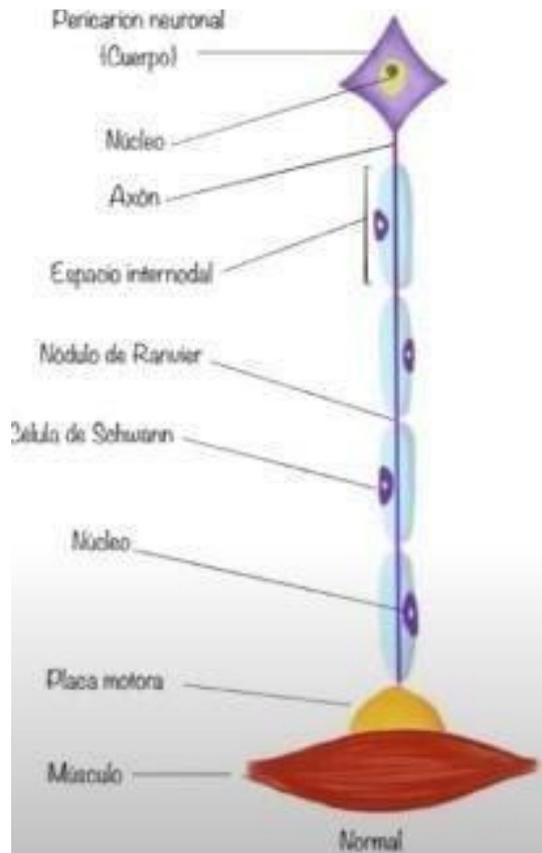
El 2018 en Puno, se reportaron 2 pacientes con síndrome de guillain barré, 1 caso en el año 2019 y 1 caso en el año 2020; con una incidencia por 100 mil habitantes de 0.07 - 0.14 % de casos. (25)

## RECUERDO ANATÓMICO Y FISIOLÓGICO

Como se recuerda el sistema nervioso central tiene encéfalo y médula espinal que son los encargados de recibir y transmitir información sensorial y motora. Y todo lo que sale a partir de la médula, se denomina sistema nervioso periférico conteniendo ganglios y nervios, que es una vía para recibir y transmitir información desde el centro a la periferia. Puede ser función voluntaria e involuntaria (temperatura, latidos del corazón, circulación sanguínea, el sistema digestivo y respiratorio).



Estos nervios periféricos tienen un cuerpo, un núcleo, tienen su axón que termina en una placa motora que se conecta al músculo para poder recibir sensaciones, mandar órdenes y en este axón se encuentra células de la glía del sistema nervioso periférico que se le conoce como células de schwann, estas células schwann son productoras de mielina y que es la mielina es un aislante eléctrico que permite el paso de impulsos eléctricos de forma rápida.



**Fuente:** Popper, H.Adams y Victor. Principios de la Neurología 10Ed. McGraw, 2017.

La célula de Schwann no se encuentra completamente rodeando al axón, sino que entre célula y célula de Schwann; se encuentra un pequeño espacio conocido como nódulo de Ranvier, este nódulo es importante porque tiene canales especializados de sodio activados por voltaje, estos canales nos permiten realizar un impulso nervioso.

El impulso nervioso es de forma saltante de un nódulo de Ranvier a otro nódulo de Ranvier. Si nosotros quitamos esta célula de Schwann se produciría la desmielinización por ende el nódulo de Ranvier desaparecería produciendo una lentificación de los impulsos. Esto es importante para poder entender las manifestaciones clínicas y la fisiopatología del síndrome. (44)



## FISIOPATOLOGÍA

Este padecimiento es frecuente en personas con susceptibilidad genética y agentes causales que producen respuesta inmune anómala. Donde nuestro sistema inmune ataca al propio cuerpo, comúnmente el sistema inmunológico ataca lo que no reconoce como propio. En este caso la respuesta inmune daña la mielina (encargada de proteger al axón y acelerar la transmisión nerviosa) exponiendo a los axones (células nerviosas delgadas y largas encargadas de transmitir señales nerviosas).

Al dañar el recubrimiento de la mielina los músculos pierden capacidad para responder a movimientos voluntarios. Y si sigue habiendo avance en la lesión el cerebro recibe menos información motora como sensorial, interrumpiendo la transmisión y la realización de funciones involuntarias como la respiración, se vuelve de importancia vital detectarla a tiempo.

Al inicio existe sensación de cosquilleo nervioso y debilidad muscular en manos y pies, avanzando a la parte superior. Diversos estudios destacan el hecho de que este padecimiento es precedido por una infección viral o bacteriana donde el patógeno se oculta dentro de las células o altera a nivel celular los linfocitos provocando que nuestro sistema inmune no pueda discriminar entre células propias y células extrañas. (43)

Existen varios subtipos del síndrome de guillain barré, en un 90% de casos se presenta la forma clásica del síndrome de guillain barré denominada polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda, donde se observa invasión macrofágica que daña la mielina y las células de Schwann, no existe patogénesis específica, ni biomarcadores de anticuerpos para detectar esta variedad. Solo se tiene



como constante que la persona afectada tuvo una infección viral o bacteriana días antes de iniciar sintomatología motora. (6,9)

La neuropatía motora axonal aguda, se trata de un subtipo del trastorno de guillain barré a la cual se le asocia regularmente a la bacteria campylobacter jejuni ya que su semejanza estructural es igual a la superficie del axón y los lipo-oligosacáridos en la superficie del campylobacter jejuni causa que los anticuerpos ataquen a los gangliósidos (GM1 y GD1a) de la membrana neural, por el mimetismo molecular entre microbios y moléculas de superficie del axón, creando anticuerpos de inmunoglobulina M que es el primer anticuerpo generado para combatir una infección. La contestación se realiza mediante las inmunoglobulinas que son subclases inmunoglobulina G1 e inmunoglobulina G3 que son encargadas de activar los complementos, reúnen macrófagos y almacenan complejos en la membrana del axón. (21)

La neuropatía sensitivo-motora axonal aguda, un subtipo caracterizado por la sintomatología sensorial, debilidad distal, pérdida de reflejos tendinosos profundos. En exámenes electrofisiológicos se muestra la velocidad de los impulsos nerviosos lentos y una reducción de acción muscular y sensorial. No hay estudios recientes para describir la fisiopatología y no existen biomarcadores conocidos. (20)

El síndrome de Miller - Fisher, un subtipo de este padecimiento con una sintomatología caracterizada por afectación motora desde la cabeza hacia los pies; activa el anticuerpo IgG que afecta al gangliósido GQ1B que se encuentra en la zona ocular, lo que formula principalmente, parálisis ocular, movimientos voluntarios descoordinados y ausencia de reflejos al recibir estímulo externo. (10)



## PATOGENIA

El síndrome de guillain barré se presenta en personas con susceptibilidad genética y agentes causales que inducen una respuesta inmunitaria anómala produciendo que el cuerpo se ataque así mismo.

**Infecciones:** En más de 2/3 pacientes, surge antecediendo a una infección por lo regular viral, por un estado clínico o también por la prominencia de los anticuerpos séricos, en 1-3 semanas desde cuando se inició la neuropatía. El 58% de casos presentaron infección respiratoria superior y un 22% de los casos una infección gastrointestinal; de diferentes tipos de bacterias y virus. (17) En la causa gastrointestinal se atribuye que un 25 - 50% de pacientes adultos tienen como antecedente la infección por la bacteria campylobacter jejuni que desarrolla en el cuerpo un mimetismo molecular, causando así la enfermedad. (18)

En estudios realizados para identificar los factores causales de rutas respiratorias superiores y su desarrollo con el síndrome de guillain barré se observó en una investigación prospectivo desarrollado en el hospital de Massachusetts de los Estados Unidos manifiesta que el 27% de los casos de guillain barré se pudo identificar un 49% mostraba antecedentes de las vías respiratorias, 10% había una infección diarreica y un 3% se trató de una neumonía. En el 13% de los pacientes se halló una infección previa de citomegalovirus y el 10% fueron precedidos por infecciones del virus Epstein Barr, se presume que es contraída por tener contacto íntimo, en especial a través de la saliva, entre sujetos susceptibles y asintomáticos al virus, es también llamada enfermedad del beso ya que la enfermedad se transmitía habitualmente por esa vía. (45)



En el Perú en el 2020 se realizó un estudio para buscar factor causal de 906 casos con guillain barré; con resultados de solo 3 casos con antecedente de dengue, 3 con zika y 19 casos positivos a campylobacter jejuni. Llegando a la conclusión que no existe relación causal directa del guillain barré.

Otro estudio en el 2018, encontraron diversos patógenos asociados a la aparición del guillain barré, 40 casos con campylobacter jejuni, 12 muestras positivas a enterovirus en líquido cefalorraquídeo, 1 influenza A, 2 influenza tipo B, 2 por adenovirus, 5 por virus sincicial respiratorio y 10 rinovirus. Concluyendo que es preciso conocer la cadena de transmisión para luego prevenir y controlar. (46)

**Inmunización:** En el 2015 en Estados Unidos se realizó una investigación relacional si hay riesgo de presentar el síndrome luego de la vacunación contra la influenza, hubo uno o dos pacientes por cada millón de vacunados para combatir la influenza. Llegando a la conclusión que la información referida sobre la asociación entre este padecimiento y su relación con la influenza estacional son variables e inconsistentes. (49)

**Toxicidad por drogas:** La drogadicción es otra de las causas de anomalías, por las altas dosis de citarabina tiene la probabilidad de causar pérdida del control de los movimientos voluntarios confirmado en un caso de trasplante de médula ósea que desarrolló el síndrome transitoriamente. (50)

**Linfomas:** La quimioterapia administrada directamente sobre el espacio subaracnoideo con metotrexato y citarabina probable que ser responsable de mielopatía, contrastado en un caso encontrado que en una fémina con linfoma no Hodking que



desarrolló debilidad simétrica proximal y afección en pares craneales. Realizando estudios que confirman que en un 3% de casos neoplásicos tienen relación con este padecimiento. Se postula que este padecimiento puede ser por la similitud que existe entre las células del linfoma y la mielina del sistema periférico. (50)

**Cirugía:** Una pequeña parte, un 3% de los casos aparece 1-4 semanas posterior a la operación, principalmente si el paciente ha tenido una condición autoinmune; se puede dar también después de la aplicación de la anestesia espinal. Estos casos son muy raros. (17,44,45) la mayoría de la información indica que es un trastorno del sistema inmunitario, la inmunopatogenia hasta ahora es desconocida. (45)

## CUADRO CLÍNICO

Los síntomas iniciales pueden variar entre los afectados, generalmente refieren impresión de “adormecimiento” en miembros superiores como inferiores, dolor en espalda(lumbago), falta de fuerza física. Esta debilidad que presenta es progresiva muchas veces y suele afectar a las piernas, brazos, también músculos respiratorios y los pares craneales, lo que implica a un cuadro clínico de una parálisis ascendente.

Cuando se produce la afección de las paredes craneales sucede en el 25% de casos, estando la parálisis facial bilateral se caracteriza, asimismo hay la posibilidad de debilidad en los músculos de deglución, masticación y fonación. Un dolor neuropático se presenta en 66% de pacientes localizando el dolor en la espalda baja, como en la cadena, cuando hay daño en los nervios que controlan las funciones corporales se presenta síntomas autonómicos; se encuentran presentes 65% de casos; se presenta, hipertensión arterial, hipotensión ortostática, anhidrosis, arritmias (incapacidad de sudar), también la atonía



gastrointestinal, retención urinaria, también iridoplejia (parálisis de los reflejos pupilares).

Alrededor de, un 20 - 30% de los pacientes manifiestan problemas para respirar a raíz de la debilidad muscular del diafragma que produce la disminución del flujo de aire, así reduciendo el volumen tidal y causando bajo intercambio de gases, ocasionando taquipnea e hipercapnia en la cual se necesita ventilación mecánica y el ingreso a cuidados intensivos. (15,16)

La enfermedad evoluciona en 3 fases y se completa de 3 a 6 meses, denominadas:(16).

**1. Fase de progresión del trastorno neurológico:** Durante el inicio de los síntomas y donde se presenta con mayor intensidad. Perdura de forma regular, desde las primeras horas hasta cuatro semanas posteriores; en promedio 8 días.

**2. Fase de estabilización:** Durante la etapa final de la progresión y el inicio de recuperación clínica. Se presenta una duración de 10 días. Durante esta fase puede ser muy breve o incluso ausente.

**3. Fase de recuperación/regresión:** En esta etapa se encuentra comprendida al inicio de la recuperación y el final. Posteriormente, los efectos neurológicos que permanecen pueden quedar secuelas. La duración aproximada es de un mes, este tiempo varía de una persona a otra dependiendo con qué gravedad fue afectado y el daño neurológico.



### Características Clínicas del Síndrome de Guillain Barré:

Síndrome de Guillain Barré	Patrón de Debilidad
Síndrome de Guillain Barré Clásico.	Cuatro extremidades.
Debilidad faríngeo - cérico- braquial.	Bulbar, cervical y cuatro extremidades.
Debilidad faríngea aguda.	Bulbar.
Síndrome de Guillain Barré paraparética.	Extremidades inferiores.
Debilidad bifacial con parestesias.	Facial.

Tomado de Creange A. Guillain-barre syndrome: 100 years on (15)

El síndrome de guillain barré incluye diferentes presentaciones, se clasifica por los estudios electrofisiológicos y tipología clínicas desmielinizantes y axonales, cuyo tipo más común en un 90% de casos es la polirradiculoneuropatía desmielinizante la inflamación aguda en estos tipos se ha encontrado el factor catalizador, a comparación de la neuropatía axonal motora aguda en la cual se tiene conocimiento que depende de una respuesta celular inmuno-mediada por las células T, se presenta frecuentemente en Asia. En otros tipos como la neuropatía axonal motora sensitiva aguda como también el síndrome de Miller Fisher, distinguido por ataxia, oftalmoplejía, y arreflexia.

### DIAGNÓSTICO

Por tanto, el padecimiento del Síndrome de Guillain Barré se diagnostica basada en la sintomatología que contribuye el paciente cuando arriban a urgencias y los resultados obtenidos en el examen neurológico, manifestando la pérdida de los reflejos tendinosos internos; puede ser confundido con diversos problemas neurológico. Principalmente el neurólogo diagnosticará: parestesias, debilidad simétrica ascendente y arreflexia.



Por lo tanto, el paciente ingresa para la realización de pruebas, para llegar a un diagnóstico claro y poder evitar la afección respiratoria a causa del síndrome. Estos son:

- Resonancia magnética o tomografía computarizada: para descartar una lesión medular.
- Exámenes complementarios son: la inyección lumbar para examinar el líquido cefalorraquídeo: estimar el nivel proteico, leucocitario y la electromiografía: donde se examina el trabajo nervioso en los músculos. No obstante, su ejecución no debe tardar su tratamiento.
- Otro exenta para para identificar el catalizador, a través de los análisis de sangre: sodio, potasio, fósforo, magnesio, enzimas hepáticas, CPK (enzima creatinfosfoquinasa que actúa en tejidos musculares, cerebro y corazón), hemograma, proteína C reactiva, TSH (sospecha de enfermedad tiroidea), cultivo de heces para detectar campylobacter jejuni no son necesarios para el análisis y no deben retardar su tratamiento.

a) Datos clínicos que apoyan enérgicamente el análisis en orden de importancia:

- Progresión el inicio de unos días a 4 semanas
- Referente simetría
- Variaciones sensoriales leves
- Compromiso de pares craneales incluyendo el facial
- La recuperación se inicia de 2 a 4 semanas luego de detenerse la progresión.



- Disfunción corporal: alteración en la frecuencia cardiaca, temperatura, sudoración.
- Disfunción vegetativa (problemas de equilibrio, coordinación, mareos, náuseas y vértigo). Pero no pierde control esfinteriano.
- Una vez adquirido el síndrome ausencia de fiebre

b) Estudio del líquido cefalorraquídeo

- Las proteínas son elevadas luego de una semana.
- Menor de 10 linfocitos /mm<sup>3</sup>.

c) Exámenes electrofisiológicos

- Dirección nerviosa lenta
- Latencias distales prolongadas
- Réplicas tardías anormales

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hay una extensa gama de análisis diferenciales para el síndrome de guillain barré, descritos en la tabla N° 1. El historial clínico, examen de LCR, el examen de conducción de los nervios y las imágenes se encomienda esclarecer el diagnóstico. Una patología superior a 8 semanas es sumamente rara en el síndrome de guillain barré. (17,18)

**TABLA N° 1. Diagnóstico diferencial del Trastorno de Guillain Barré**

Neuropatía Periférica	Polineuropatía desmielinizante crónica inflamatoria. Intoxicación a base de plomo y arsénico o talio. La porfiria aguda e intermitente La parálisis por la picadura de garrapatas Variaciones en potasio, magnesio, fósforo y glucosa. La deficiencia constante de vitamina B1
Variaciones de la unión neuromuscular	Miastenia gravis Trastorno de Lambert Eaton Botulismo
Afección de las neuronas motoras	Poliomielitis Virus del Nilo occidental Esclerosis lateral amiotrófica.
La Enfermedad Muscular	Padecimiento mitocondrial Rabdomiolisis aguda Polimiositis y dermatomiositis
El Sistema Nervioso Central	Encefalitis Mielitis Transversal

Fuente: Jasti, A. K., Selmi, C., Sarmiento-Monroy, J. C., Vega, D. A., Anaya, J.-M., & Gershwin, M. E. (2016). Guillain-Barré syndrome: causes, immunopathogenic mechanisms and treatment. *Expert Review of Clinical Immunology*, 12(11), 1175– 1189.

## TRATAMIENTO

El tratamiento del síndrome de guillain barré no tiene cura, el tratamiento tiene la posibilidad de mejorar los síntomas y reducir su duración. Por la posibilidad de deterioro rápido, todas las personas con este síndrome tienen que ser hospitalizadas para que sean vigiladas y poder recibir el tratamiento lo más rápido posible. Requiere un abordaje



multidisciplinario. (15,17,19)

- 1. Cuidados generales:** tiene que monitorear la temperatura, la frecuencia cardiaca, también la frecuencia respiratoria y la tensión arterial; y el estado hemodinámico de los pacientes en cuidado.
- 2. Conducción de la disfunción respiratoria:** La tercera parte de los pacientes que requieren ser internados en cuidados intensivos a causa de una disminución respiratoria, disautonomía con complicaciones médicas. Para la evaluación de la función respiratoria se investiga si hay adecuado esfuerzo respiratorio, luego de la intubación la paciente continúa con debilidad oro faríngea tiene que realizarse una traqueotomía. Entre las situaciones a tener en cuenta para poder intubar a un paciente se hallan: una alteración del estado mental, aerofagia, taquipnea y presión parcial de CO<sub>2</sub> en la sangre >48 mmHg, la presión parcial del O<sub>2</sub> en la sangre <56 mmHg, inspiración paradójica, discapacidad para poder levantarse de la cama, dificultad para poder levantar los hombros y signos de debilidad muscular.
- 3. Medidas preventivas:** Para con los pacientes que no pueden tragar, se administra una alimentación intravenosa, a través de una sonda nasogástrica o por una sonda gastrina, la profilaxis y heparina para trombosis venosa interna, también el tratamiento de las úlceras a causa de decúbito. Terapia física, se trata de una parte fundamental para rehabilitar las extremidades afectadas por la parálisis con el objetivo de presentar los movimientos, advertir contracturas y realizar la rehabilitación de los pacientes según cómo evoluciona clínicamente y necesidad.
- 4. Analgesia:** Un dolor especialmente calambres, es controlada a través de la



administración de fármacos AINES, entre otros fármacos que han dado resultados ventajosos para el tratamiento del síndrome de guillain barré se trata de la pregabalina, gabapentina, como también dosis bajas de antidepresivos tricíclicos. La aplicación de tratamiento con opioides resulta útil en periodos reducidos y se tiene que buscar otras mejores opciones para ser aplicada a largo plazo.

5. **Tratamiento de la disautonomía:** Así mismo, se tiene que tratar las arritmias cardiacas, si existe fluctuaciones en la presión arterial, sudoración, irregularidades pupilares, como también disminución vesical y constipación intestinal. En un caso de hipotensión se tiene que mantener la normovolemia y en otros casos refractarios se tiene que utilizar medicamentos vasoactivos con la administración de dosis bajas. Los incidentes de hipertensión (presión arterial sistólica  $>120$  mmHg) se puede realizar su tratamiento con beta bloqueadores como: labetalol. Las arritmias que son mortales que son características del síndrome de guillain barré al bloqueo auriculoventricular y asistolia se necesita la utilización de atropina y estimulación cardiaca. Se sugiere el lavado de manos constante y el uso de tapabocas para cubrirse boca y nariz por parte del personal de salud; porque al momento de tratar al paciente por el factor causal virulento puede ser transmitido por gotas de la saliva al momento de hablar, comer, toser.
  
6. **Tratamiento con Inmunoglobulina Humana Normal al 5%:** es la sustancia que se elabora de anticuerpos que se extraen de la sangre a partir del plasma de no menos de 1000 donantes sanos. Es considerada como la primera línea de tratamiento porque su administración es fácil de administrar, la facilidad de acceso y tiene menores efectos desfavorables.



El tratamiento con inmunoglobulina humana normal al 5% de 100 ml tiene principalmente inmunoglobulina G, con un extenso espectro de anticuerpos contra agentes infecciosos. Como infusiones intravenosas se recomienda realizar en pacientes que presentan el síndrome de guillain barré con los síntomas iniciales de menos de 4 semanas, recomendablemente en las 2 primeras semanas luego del inicio de los síntomas en un paciente que no puede caminar de forma autónoma.

La dosis utilizada es de 0,4g/kg/día por cinco días administrada por bomba de infusión. En casos de pacientes con recuperación inicial y luego deterioro puede considerarse una segunda administración con inmunoglobulina humana al 5% con dosis de 2g/kg de peso por día de 2 a 5 días. Este medicamento luego de su administración intravenosa, se encuentra totalmente biodisponible en el sistema circulatorio del paciente. Se distribuye con agilidad por el plasma y los líquidos extravasculares, que al alcanzado luego de 3-5 días hay un equilibrio entre los compartimentos intravascular y extravascular. La semivida de inmunoglobulina en el ser humano normal se encuentra 36-35 días. La semivida puede tener variantes de cada paciente, fundamentalmente en inmunodeficiencias primarias.

El catabolismo de la inmunoglobulina G y de las complicaciones de inmunoglobulina G se origina dentro de las células del sistema retículo-endotelial. Luego de la administración de inmunoglobulina humana se tiene que dejar pasar hasta un año para el uso de vacunas de virus vivos mitigados: rubéola, paperas, sarampión, y varicela; ya que disminuirá la eficacia de las vacunas. También afectará a los exámenes serológicos, ya que al incremento transitoria de diversos anticuerpos transferidos pasivamente dentro de la sangre de los pacientes. Este medicamento tiene categoría C. las



reacciones adversas graves pueden encontrarse relacionados a la velocidad de la administración como: fiebre, dolor de cabeza, escalofríos, náuseas, vómitos, artralgia, hipotensión, ligero dolor de espalda y reacciones alérgicas como shock anafiláctico. Los pacientes tendrán que ser totalmente monitoreados y encontrarse bajo control médico por si se manifestara algún síntoma en la perfusión. Monitorizar la producción de orina, monitorizar los niveles de creatinina y evitar el uso concomitante de diuréticos de asa de henle como la furosemida. Tener especial cuidado con los pacientes que presenten: diabetes, obesidad, insuficiencia renal preexistente, hipertensión, hipovolemia, edad superior a 65 años. Por lo que el médico tratante evaluará la velocidad de administración o suspender el medicamento. (14,15,16)

- 7. Tratamiento con Plasmaféresis:** La plasmaféresis puede renovar los anticuerpos y diversos factores que pueden dañar el torrente sanguíneo, se trata de conectar el sistema circulatorio sanguíneo de un paciente a una máquina que realizar el intercambio el plasma con una solución sustituta, como: un plasma fresco que se encuentra congelado o también por albúmina humana al 5%, preferencialmente albúmina humana al 5%, los tratamientos con plasma es sumamente efectivo cuando es iniciada en las primeras 4 semanas desde el inicio de los síntomas en los pacientes que no pueden caminar sin ayuda, en los paciente que desarrollan debilidad progresiva en musculatura orofaríngea y ventilatoria. Para la administración de plasmaféresis se debe colocar un catéter de alto flujo.

En estos casos se puede realizar 4 sesiones donde se extrae plasma 50 ml/kg de una manera interdiaria dentro de un periodo de 8 a 10 días; según la evolución del paciente por un fallo o refractariedad se puede ampliar la cantidad de sesiones. Se necesita personal



sumamente entrenado para realizar la administración de plasmaféresis. En los pacientes con síndrome de Guillain Barré de una severidad moderada en adelante, es recomendable que el tratamiento con plasma o inmunoglobulina intravenosa, la disponibilidad y la ausencia de la contraindicación clínica y comorbilidades de los pacientes. Es recomendable que se evite el uso de ambas terapias al mismo tiempo en el paciente. (15,19)

## **PRONÓSTICO**

La predicción en la mayoría de los casos es buena, el 87% de los pacientes presenta una recuperación total o la persistencia de mínimos déficits. Y la mortalidad del síndrome de guillain barré va del 3 al 7%, es la primera causa: la aparición de infección intrahospitalaria, la falla respiratoria o la disfunción autonómica incontrolable. El 20% de los pacientes puede caminar sin ayuda a las 4 semanas y el 60% recuperan la fuerza por completo al año. Momento en el que aproximadamente el 14% persiste con discapacidad grave y el 3.8% pueden tener recaída al año, después de una hospitalización por esta enfermedad.

Hay varios elementos que afectan el pronóstico de la mencionada enfermedad como: la edad de las personas mayores de 60 años, la diarrea es el catalizador, déficit de movimiento importante, su admisión tardía al hospital, tratamiento tardío, enfermedad cardiorrespiratoria preexistente. Una ventilación mecánica y la carencia de potencial de acción motora en los neurofisiológicos. Entre los déficits más frecuentes son arrastrar los dos pies, dolor de extremidades y fatiga. (15,16)



## **2.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

El procedimiento de la atención de enfermería se trata de la aplicación del método científico para identificar las necesidades de salud de los pacientes, familia o comunidad donde radica; se priorizan e identifican los cuidados a proporcionar, nos permite dar cuidado de una forma estructurada, lógica y sistemática, logrando cuidados oportunos de calidad y calidez; es de vital importancia cuando se labora en el servicio de emergencias de un hospital.

Se considera al procedimiento de atención de enfermería al conjunto de cuidados que la enfermera realiza en un orden concreto, donde busca responder ante una alteración real o potencial, con el fin de asegurar que el paciente reciba los cuidados de salud priorizados.

La implementación del proceso en la atención de enfermería, se certifica en el desarrollo a través de una práctica clínica sostenida en bases científicas, la calidad en el cuidado dado a las personas, la óptima calidad brindada a las personas, a la familia o comunidad. Los cuidados de enfermería han variado a través de los años con el establecimiento de instrucciones, protocolos de cuidado y planificación. (26, 27)

### **OBJETIVOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

El objetivo principal en la atención de enfermería es poder edificar una estructura que pueda cubrir las necesidades del paciente de forma individual.

- Evaluar los requerimientos reales y potenciales del paciente.
- Implementar cuidados individuales
- Cubrir las necesidades del paciente.



- Intervenir para cubrir las necesidades del paciente.
- Implementar objetivos y actividades evaluables.
- Trazar objetivos y actividades evaluables.
- Implementar la investigación constante sobre los cuidados.

El proceso de atención de enfermería trae ventajas sobre:

- La profesión: se considera la enfermería como disciplina que se basa en la respuesta humana por individuo.
- El paciente: que recibe una atención continua de calidad individualizada y que le admite la colaboración dentro de su propio cuidado.
- La enfermera: aumenta su satisfacción con el crecimiento profesional cuando culmina los objetivos, hace que se haga experta y no pueda cometer omisión o duplicaciones innecesarias la optimización de los tiempos. (28)

## **ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Las principales fases del proceso en la atención de enfermería se tratan de: valoración, planeación, diagnóstico, ejecución y evaluación.

### **VALORACIÓN**

Se manifiesta como un proceso planificado, metódico, organizado, continuo y deliberado con la interpretación de los datos; es sumamente ventajoso para planificar el cuidado de los pobladores, las familias y la comunidad. Es el pilar para las decisiones y el actuar del profesional de enfermería. Durante la valoración es trascendental seguir un orden, la enfermera adquiere la costumbre para que no olvide ninguna información, la obtención de información en el tiempo que tiene disponible durante la consulta de enfermería.



La enfermera debe valorar los datos subjetivos (todo lo propio del paciente; lo que dice, lo que siente o percibe es decir sus sentimientos; solo los afectados pueden describirlo y luego verificarlo). La información objetivos (puede ser medir por cualquier escala o herramienta como: las cifras de las funciones vitales). Información histórica como los antecedentes (se trata de hechos que sucedieron con anterioridad, como las hospitalizaciones primeras, enfermedades crónicas, patrones o modelos de comportamientos como la exclusión, adaptaciones anteriores, etc). Datos actuales (Es información sobre el problema de salud actual).

También se debe valorar cuánto depende el paciente para la atención de enfermería todo para llegar a satisfacer las necesidades. Se categorizan en:

- Grado de dependencia I: completamente independiente.
- Grado de dependencia II: se necesita ayuda para satisfacer sus necesidades
- Grado de dependencia III: se necesita ayuda para casi todo para satisfacer sus necesidades.
- Grado de dependencia IV: se necesita ayuda total. Ocurre en pacientes pediátricos, pacientes que fueron sedados y pacientes que fueron conectados a unidades mecánicas de ventilación.

La valoración debe ser sistemática, puede basarse en distintos criterios:

- Criterios para valorar siguiendo un orden de "cabeza a pies": siguiendo para valorar los diversos órganos del cuerpo humano, iniciando desde la parte superior desde la cabeza hasta las extremidades, al final la espalda de esta manera sistemáticamente.
- Criterios para valorar por "sistemas y aparatos": se realiza la valoración de forma general y los signos vitales y luego cada uno de los sistemas de una



forma independiente, iniciando por el lugar más afectado.

- Criterios para valorar por "patrones funcionales de Salud": la recolección de datos expone de manifiesto las costumbres y hábitos del paciente o familia estableciendo el funcionamiento positivo, que se encuentra alterado o en riesgo de la situación de salud.

Existen diversos tipos de evaluación dependiendo del modelo de atención de enfermería; se ha optado como la Taxonomía II de la NANDA, que está estructurada con 13 dominios, 47 clases como 216 análisis. Examina los lugares de prevalencia de la enfermedad, es aplicada a las personas enfermas, sana, familia y comunidad. La valoración según dominios, tiene como objetivo normalizar la evaluación del paciente, adquiriendo gran cantidad de información relevante de la persona físicas, psicológicas, social, de forma ordenada, la cual nos facilita la valoración de la información. Se evita los vínculos morales como (bueno o malo), hacer presunciones, realizar de forma subjetiva o realizar errores cuando emite un resultado. (29)

## **DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico de enfermería es la segunda parte del proceso de atención de enfermería donde se realiza la recogida de información con la finalidad de identificar las dificultades reales o potenciales del paciente que constituirán la base del plan de cuidados de enfermería. Esto significa que la evolución de la enfermería se trata de una interpretación, la evaluación y juicio de un conjunto de observaciones.

Los análisis de enfermería son definidos según la asociación norteamericana de análisis de enfermería, como el juicio clínico sobre el análisis de los inconvenientes de



salud reales o potenciales de parte del paciente, o familiares del grupo o la comunidad; donde se crean descripciones estandarizadas, como: etiqueta de diagnóstico, factores relacionados que se muestran al definir las características, las intervenciones y los resultados; dando a la disciplina de enfermería un rango científico y basado en evidencias. La exactitud del diagnóstico de enfermería se valida si la enfermera realiza la identificación de forma clara el vínculo los tipos definidos, los factores de riesgo adquiridos en la valoración del paciente. La mejor práctica clínica es la estrategia de enseñanza afectiva. (30)

La asociación norteamericana de diagnósticos de enfermería, se trata del sistema oficial para diagnóstico dentro de la disciplina profesional, estos cuentan con definición cada uno de ellos, realizando constantes actualizaciones, mínimo cada dos años, tiene que contar con una numeración válida nacional e internacional durante las intervenciones de la enfermedad como también las consecuencias esperadas en la enfermería para que sirvan de guía para dar los cuidados (31) se ha visto los resultados de los diagnósticos está conformado por dos partes:

- Respuesta humana: Donde se describen los problemas que las enfermeras han identificado en la valoración y análisis de los datos.
- Factores relacionados: Donde se reflejan no sólo las respuestas fisiológicas sino también elementos espirituales, psicosociales, situacionales y de desarrollo: que se encuentran explícita o implícitamente dentro de la situación del paciente. El diagnosticador puede utilizar un factor que contribuye a que el problema se presente. (32)



## PLANIFICACIÓN

La planificación radica en la decisión de mediación o diligencia conjuntamente (enfermera-paciente) para prevenir, controlar, reducir, corregir y eliminar los inconvenientes detectados en base a los diagnósticos de enfermería. Aquí se elaboran las metas a lograr y los objetivos de los resultados deseados, dando prioridades de cuidado; se organiza el plan, durante el cuidado, individualizado o colectivo.

En esta etapa del proceso de atención de enfermería se organiza el plan de cuidado, aquí se establece prioridades, también se establece objetivos como la taxonomía NOC, planear la intervención y las actividades de enfermería como la taxonomía NIC y para realizar la documentación y registro. Los registros de documentos de un plan de cuidado son: análisis de enfermería, problemas interdependientes, las diligencias en la enfermería, los criterios de resultados como también informes de evolución (31,32)

La taxonomía NOC se acuña con la terminología y unas normas estandarizadas para identificar y describir y poder obtener resultados de la intervención de enfermería. Esta información simboliza los objetivos que se plantearon antes de realizar la intervención. Así mismo se utiliza un lenguaje que se encuentra estandarizado para universalizar los conocimientos de enfermería. Simplifica la comprensión de los resultados y la introducción de indicadores específicos para poder evaluar y detallar los resultados recolectados con el paciente. (33)

La taxonomía NIC incorpora la clasificación de las intervenciones de enfermería junto con el diagnóstico adecuado y las acciones que se deben realizar para conseguir las consecuencias esperadas en el paciente. La NIC emplea un lenguaje estandarizado y



global que nos permite marcar los tratamientos que emplean los profesionales de enfermería. Se emplea para comunicar la esencia que se utilizan en los cuidados de enfermería a otros y ayuda a optimizar la experiencia a través de la investigación. (34)

## **EJECUCIÓN**

Es la cuarta etapa del proceso de atención de enfermería, aquí se transporta a la práctica el plan de cuidados por parte de la enfermera, se realizan las intervenciones definidas descritas en la etapa anterior; para llegar a la resolución de dificultades y satisfacer las necesidades asistenciales de la persona tratada.

Al comenzar a ejecutar las intervenciones de enfermería, el profesional de enfermería debe contar con los recursos materiales y humanos disponibles. Los métodos de ejecución deben ser recolectados en un método claros y perceptibles de una forma tal, para que el paciente logre entender y le guste leerlo. La claridad es sumamente importante ya que facilita la comunicación entre aquellos que son nombrados para realizar los cuidados de enfermería. En la ejecución se aplica las siguientes actividades por parte de la enfermera:

- Continuar con el acopiado y evaluación de la información.
- Registrar los cuidados de enfermería elaborados.
- Informar el estado de salud de nuestros pacientes de una forma oral, a los demás profesionales sanitarios que intervienen en la atención de su salud.
- Actualizar en cuidado de enfermería.

Por consiguiente, se da continuidad de la valoración en esta etapa, porque es origen de nueva información que deben ser examinados y tomados en cuenta, ya que; son



nuevos problemas que quedaron sin atender o nacieron de la propia ejecución del plan de cuidados. Esta investigación tiene que ser de forma periódica y en relación del paciente. (31,32,35)

## **EVALUACIÓN**

Se trata de la quinta y última etapa del proceso de enfermería, esta se precisa como la comparación proyectada y normalizada entre el estado de salud del paciente y los resultados proyectados. La intención de esta etapa es valorar el progreso hacia las metas identificadas en etapas anteriores. Si el progreso es lento o si ocurre regresión del estado de salud, el profesional de enfermería deberá cambiar el plan de cuidados de acuerdo a los nuevos problemas encontrados, dando como resultado el reinicio del proceso de atención de enfermería por segunda vez.

En esta etapa se instituyen los dos criterios de enfermería que son la eficacia (está relacionada con la resolución de los problemas de salud) y la efectividad (que es la capacidad de lograr el efecto que se esperaba). El procedimiento completo es registrado en el plan de los cuidados de enfermería que faculta a todos los miembros del equipo de enfermería poder llevar a cabo los cuidados realizados. (36)



## CAPÍTULO III

### PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

El sistema a seguir para elaborar el siguiente trabajo de investigación es el examen ordenado de una forma expresiva sobre las bases del manejo de pacientes con síndrome de guillain barré, información estadística del contexto mundial de diversos países, del Perú y de la región.

#### 3.1. BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS

##### A NIVEL INTERNACIONAL

En una indagación desarrollada por Ruiz M., Gil A., Millán S., Espeleta N., en España en el año 2021, sobre “Plan de cuidados de enfermería en un paciente con posible guillain barré”. Estudio de un caso en el área de urgencias y emergencias, con el objetivo de analizar el caso de paciente que es derivada de su centro de salud, para descartar proceso neurológico. Con cuadro clínico de debilidad en ambas piernas de forma progresiva desde hace 2 días, con sensación de parestesias en ambas extremidades superiores como inferiores. Con antecedente de cuadro catarral desde hace menos de un mes sin dificultad respiratoria. Para su hospitalización presenta dificultad para levantarse. No tiene fiebre, ni otro signo o síntoma. Se le realizan exámenes complementarios, cultivo de líquido cefalorraquídeo (pendiente resultado), electrocardiograma con ritmo sinusal, bioquímica, rayos X de tórax, tomografía cerebral sin contraste (infarto isquémico subagudo). Queda en el área de observación de urgencias. Con impresión diagnóstica: debilidad generalizada, posible guillain barré e infarto insular izquierdo subagudo. Es trasladada al servicio de Neurología. Terminando con una valoración incompleta por la falta de tiempo de hospitalización. (47)



Otra investigación realizada por Millán L., Casanovas R., Lorenzo I., et al., en España en el año 2020, sobre “Los cuidados de enfermería durante el síndrome guillain barré”. El propósito de este estudio, la investigación es de tipo descriptivo; con el objetivo de poder analizar el caso de un menor de 14 años en el área de neurología para el estudio de un posible caso del síndrome de guillain barré. Al ingreso, muestra signos de parálisis en las extremidades superiores como inferiores, con el inicio del tratamiento ceden, luego de varios meses de entrar en planta y sometido a algunas pruebas suplementarias para poder plantear un diagnóstico claro, el paciente evoluciona adecuadamente, se conserva en bipedestación y deambula. Se da de alta a expensas de los resultados y de los últimos exámenes, y seguirá siendo monitoreado desde consultas externas. (48)

En otra investigación realizada por Brito K., Vasquez T., en Ecuador en el 2019, sobre “Proceso de atención de enfermería aplicado en paciente con síndrome de guillain barré”, la investigación fue de tipo cualitativo, se encuentra asentado en el método, clínico, deductivo y empleando la técnica de estudio de caso; tiene como objetivo examinar el caso del síndrome de guillain barré a través de la revisión del registro clínico para realizar una propuesta de un plan de cuidado de enfermería asentado en el SOAPIE, la valoración se dio por el examen del historial clínico del paciente de género masculino de 50 años de edad realizado en el área de emergencias del nosocomio General Teófilo Dávila. Entre la información recopilada, se encontró el paciente dentro del área de salud durante 11 días, con síndrome que presenta fuerza muscular disminuida de miembros superiores e inferiores, desviación de comisura labial, ptosis palpebral izquierdo, flexibilidad respiratoria rebajada, y una complicación de neumonía, evolución favorables, progreso de la expansión respiratoria y tono muscular, durante su entrada se desarrolló las siguientes intervenciones cuidado de elementos hemodinámicos, como



úlceras causadas por presión, examen de baciloscopia, inspección de ingesta y eliminación, limpieza de sonda vesical, ejercicios vesicales, con terapias respiratorias, oxígeno administrado por tubo nasal, el cambio de postura, administración de medicamentos; alta médica, el personal de enfermería realiza plan de alta (38)

En la investigación realizada por Insuasty L., Ramón M., Duval L., en Ecuador 2018 sobre “Cuidados de enfermería en pacientes con síndrome de guillain barré”, el estudio fue una revisión de bibliografías de un carácter descriptivo que se desarrollan mediante la técnica de análisis de archivos observados en el periodo 2009 a 2019, para ello se tomó una población de 150 informes de investigación con una muestra existente de 40 enunciados seleccionados, fueron citados con motores de búsqueda como BIREME, E-LIBRO, PubMed, PROQUEST y BOOKSMEDICOS, google académico, el ingreso a páginas indexadas como: MedLine, y cuadros oficiales: de la OMS (organización mundial de la salud) y del ministerio de salud pública. El objetivo del estudio es sistematizar los cuidados de enfermería en los pacientes que manifiestan el síndrome de guillain barré, concordando con el punto de vista de diversos autores. Los cuidados de enfermería pueden ser sintetizados de acuerdo a los requerimientos del paciente, planteando un diagnóstico asistente de enfermería de la asociación norteamericana de diagnósticos de enfermería, para elegir objetivos que sirve para planificar las intervenciones a tiempo y eficiente para compensar las necesidades de los pacientes. (39)

### **A NIVEL NACIONAL**

En una indagación realizada por Andrade S., Lazo Z., Trabaj O., en Lima en el 2019 “Validación de una guía de intervención de enfermería según la teoría de Dorothea Orem en el paciente con síndrome de guillain barré durante la fase aguda - unidad de



cuidados intensivos de un hospital”, fue enfocado cuantitativo. El estudio se desarrolló en el hospital Dos de Mayo. La población es de 30 enfermeros expertos como no expertos del área de cuidados intensivos. La técnica empleada es el instrumento realizado por los investigadores adecuados por el formato de valoración de expertos delineado y adecuado por la universidad Peruana Cayetano Heredia para establecer la eficacia de la guía de intervención. Con el objetivo de determinar la validez de la guía de intervención de enfermería como indica la teoría de Dorothea Orem en el paciente que muestra síntomas de guillain barré en la fase aguda en la unidad de cuidados intensivos. La prueba de los especialistas se realizó de forma individual y fue aplica la prueba binomial para el examen correspondiente a convenio entre jueces donde se cambia o incrementa el comprendido en la guía de intervención de acuerdo a la sugerencia brindada por los profesionales expertos. (40)

En la investigación realizada por Arenas V., en Arequipa en el 2018 sobre “Cuidados de enfermería al paciente con síndrome de guillain barré hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Cusco 2017”, la siguiente investigación académica se presenta el desarrollo de un caso clínico de una persona adulta masculino de 53 años de edad hospitalizado, con el análisis médico de “síndrome de guillain barre” cuadripléjico, el cual se desarrolla de forma ascendente hasta llegar a afectar a los músculos respiratorios, también las paredes craneales; donde se necesita soporte de ventilación mecánica, para prevenir los riesgos, las complicaciones y mortalidad; es sumamente importante emplear el procedimiento de cuidado de enfermería, donde se emplea un conjunto de acciones reglamentados, organizados, para dar cuidados eficaz de manera individualizados al pacientes, lo cual nos consiente poder establecer un plan de cuidados centrados en los requerimientos humanos, tratando al ser humano como un todo; como el mencionado paciente necesita ayuda total de la



profesional en enfermería por su incapacidad total, para realizar actividades de autocuidado. Es muy importante dar a conocer en plan de cuidado de alta especialidad de enfermería para el quehacer cotidiano de la enfermera intensivista dentro del cuidado del paciente crítico con síndrome de guillain barre, garantizando la calidad de la atención en los cuidados de enfermería en concordancia con la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, taxonomía NIC y NOC. Presenta neumonía aspirativa, luego con una traqueostomía, es complicado la separación del ventilador mecánico; cuadripléjico, el recobro de la movilidad física de forma lenta y gradual, ascendente, con fisioterapia respiratoria y esqueléticas, mejora nutrición, integridad cutánea sin escaras, mejora el reflejo de deglución, funciones vitales estables, levemente taquicárdico y prolonga presentando señale de ansiedad. (41)

En la investigación realizada por Ojeda M., en Lima en el 2017, “Plan de cuidados de enfermería a paciente con enfermedad autoinmune síndrome de guillain barré”, la investigación fue cualitativa según el estudio del caso hallado. Donde se realiza la evaluación del paciente de muestra con síndrome de guillain-barré. El objetivo primordial del trabajo se concentra en el conocimiento y las técnicas de ordenamientos reales durante el periodo del año 2014. Se identificó los esfuerzos físicos y la capacitación, los cuales, de una manera combinada facilitaron los buenos resultados. De esta forma se demostró que la conducta sumada a la destreza y habilidad se da la certidumbre de un mejor entendimiento de los aspectos dominantes de la enfermería. La contribución relevante trató de explicar de qué forma se realizó este aprendizaje a partir de fuentes originales recolectadas en entrevista a los profesionales de enfermería y la investigación directa. En función del extenso consenso que manifiesta, por un lado, los habita que se muestran en los estudios incorporado en referente sobre la precariedad del público para llegar a unas conclusiones, y por el otro, la existencia de casos ocasionales



que necesitan ser analizados o estudiados ya sea para actualizar las evidencias utilizadas,  
divulgar las prácticas, para así ampliar los conocimientos. (42)



## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

#### 4.1 ANÁLISIS

Es ejecutada a través de la observación, entrevista, examen físico y exámenes complementarios realizados al paciente con síndrome de guillain barré en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia - Lima 2019.

#### PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

Paciente masculino de 54 años de edad, ingresa al servicio de emergencia y refiere: “Señorita, hace doce días tuve diarrea, después todo mi brazo izquierdo está adormecido, no puedo pararme, me duelen las piernas y me siento muy débil hasta para agarrar las cosas; por eso he venido al hospital, ayúdenme”. Su esposa refiere: “Hace una semana empezó con dolores en la pierna izquierda, fue al traumatólogo, le dio pastillas de orfenadrina, pero hace cinco días le empezó a doler la otra pierna y ayer ya no pudo caminar, ni agarrar las cosas bien”.



#### 4.1.1 Valoración de enfermería datos de filiación:

- **NOMBRE DEL PACIENTE** : E.D.M.B.
- **SEXO** : Masculino.
- **EDAD** : 54 años.
- **RAZA** : Mestizo.
- **FECHA DE NACIMIENTO** : 10/03/1965
- **LUGAR DE NACIMIENTO** : Huánuco.
- **PROCEDENCIA** : San Martin de Porres.
- **ESTADO CIVIL** : Conviviente.
- **RELIGIÓN** : católico.
- **OCUPACIÓN** : Comerciante.
- **FUENTE DE INFORMACIÓN:** Familiar.

#### **DATOS CLÍNICOS**

- **SERVICIO** : Emergencia.
- **FECHA DE INGRESO** : 10/06/2019.
- **HORA DE INGRESO** : 13:13.

#### **DIAGNOSTICO MÉDICO**

- Síndrome de guillain barré clásico.

#### 4.1.2 Motivo de Consulta

Cuadriparesia hiporreflexica aguda. Síndrome de guillain barré.

#### 4.1.3 Enfermedad Actual

Paciente masculino ingresa al servicio de emergencia acompañado de su esposa, refiere: “hace doce días tengo diarrea, todo mi brazo izquierdo esta adormecido, no puedo pararme, me duele las piernas y me siento muy débil hasta para agarrar las cosas; por eso he venido al hospital, ayúdenme”.



Presentó síntomas en el siguiente orden:

- 12 días antes del ingreso presenta deposiciones líquidas sin moco, ni sangre.
- 7 días antes presenta debilidad en pierna izquierda.
- 5 días antes presenta debilidad en ambas piernas.
- 2 días antes presenta debilidad muscular para sujetar objetos con miembros superiores.

#### 4.1.4 Tratamiento Farmacológico

##### 1° Día 10/06/2019:

- CFV+BHE
- Vía Salinizada.
- Oxígeno por cánula binasal a saturación >95%.
- Dexametasona 4 mg – STAT - EV.
- Clorfenamina 10 mg – STAT - EV.
- Inmunoglobulina G 6 Ampollas + Dextrosa 5% 500 cc} Pasar en 6 Horas.

##### 2° Día 11/06/2019:

- Dieta Blanda Asistida + LAV.
- CFV+BHE
- Oxígeno por cánula binasal Saturación >95%.
- Inmunoglobulina G 6 Ampollas + Dextrosa 5% 500 cc} Pasar en 6



Horas.

- Clorfenamina 10 mg 1 ampolla Pre-Inmunoglobulina - EV.
- Dexametasona 4 mg 1 ampolla Pre-Inmunoglobulina - EV.
- Omeprazol 40 mg c/24 horas – EV.
- Paracetamol 500 mg 2 tabletas – PRN T° > 38° C – VO.
- Materiales de bioseguridad.
- Movilización cada 2 horas – Profilaxis de UPP.

**3° Día 12/06/2019:**

- Dieta Blanda Asistida + LAV.
- CFV+BHE
- Inmunoglobulina G 6 Ampollas + Dextrosa 5% 500cc } Pasar en 6  
Horas.
- Clorfenamina 10 mg 1 ampolla Pre-Inmunoglobulina - EV.
- Dexametasona 4 mg 1 ampolla Pre-Inmunoglobulina - EV.
- Omeprazol 40 mg c/24 horas – EV.
- Paracetamol 500 mg 2 tabletas – PRN T° > 38° C – VO.
- Materiales de bioseguridad.
- Movilización cada 2 horas – Profilaxis de UPP.

**4° Día 13/06/2019:**

- Dieta Blanda + LAV.



- CFV+BHE.
- Inmunoglobulina G Ampollas + Dextrosa 5% 500cc} Pasar en 6 Horas.
- Clorfenamina 10 mg 1 ampolla Pre-Inmunoglobulina - EV.
- Dexametasona 4 mg 1 ampolla Pre-Inmunoglobulina - EV.
- Omeprazol 40 mg c/24 horas – EV.
- Paracetamol 500 mg 2 tabletas – PRN T° > 38° C – VO.
- Materiales de bioseguridad.
- Movilización cada 2 horas – Profilaxis de UPP.
- Cambio de vía periférica salinizada y cambio de set de infusión agilia sin bureta.

**5° Día 14/06/2019:**

- Dieta Blanda + LAV.
- CFV+BHE
- Inmunoglobulina G 6 Ampollas + Dextrosa 5% 500cc} Pasar en 6 Horas.
- Clorfenamina 10 mg 1 ampolla Pre-Inmunoglobulina - EV.
- Dexametasona 4 mg 1 ampolla Pre-Inmunoglobulina - EV.
- Omeprazol 40 mg c/24 horas – EV.
- Paracetamol 500 mg 2 tabletas – PRN T° > 38° C – VO.



- Materiales de bioseguridad.
- Movilización cada 2 horas – Profilaxis de UPP.

**6° Día 15/06/2019:**

- Dieta Blanda + LAV.
- CFV+BHE
- Paracetamol 500 mg 2 tabletas – PRN T° > 38° C – VO.
- Materiales de bioseguridad.
- Terapia física y rehabilitación.

**7° Día 16/06/2019:**

- Dieta Blanda + LAV.
- CFV+BHE
- Paracetamol 500 mg 2 tabletas – PRN T° > 38° C – VO.
- Materiales de bioseguridad.
- Terapia física y rehabilitación.

**ANTECEDENTES PERSONALES**

Enfermedades anteriores : Niega.

Hospitalización previa : Enero 2019.

Cirugías : Apendicectomía.

Traumatismo : Niega.

Transfusiones : Niega.

Alergias : Niega.



Hábitos : Ingiere alcohol casualmente.

### **ANTECEDENTES FAMILIARES**

PADRE : Fallecido por vejez.

MADRE : Fallecida por cáncer de cuello uterino.

ESPOSA : Viva y aparentemente sana.

HIJOS : 1 varón y 2 mujeres; aparentemente sanos.

### **AL EXAMEN FÍSICO**

Paciente de 54 años, varón; se encuentra despierto, orientado, quejumbroso, con escala de Glasgow 14/15 puntos: AO= 4, RV=5, RM=5, con piel tibia y turgente, auscultación de tórax proporcionado con susurro vesicular en ambos campos pulmonares, pulsaciones cardiacas rítmicos, con leve taquicardia causados por el dolor que sentía en extremidades tipo “punzantes”, escala de valoración del dolor EVA: 7/10 puntos.

Es evaluado por Neurólogo del servicio, donde destaca la presencia de debilidad distal en la fuerza muscular de ambas extremidades superiores (4/5), con incapacidad para secuestrar el primer y quinto dedo de las manos, mostró debilidad proximal y distal en ambas extremidades inferiores (2/5). El paciente fue incapacitado para realizar la dorsiflexión del tobillo. Estaba incapacitado para caminar y sujetar las cosas por su cuenta. Evalúa también:

- Reflejo profundo: hiporreflexia generalizada.
- Reflejo superficial: normal.
- Sensorial superficial: normal.
- Sensorial profundo: hipopalestesia distal en miembros superiores e inferiores.



- Nervios craneales sin anomalías.
- Coordinación estática y dinámica: normal.
- Sin clonus ni signos de Babinski.
- Sin nivel sensorial.

**Signos Vitales:**

- Frecuencia cardíaca : 118 por minuto.
- Frecuencia respiratoria : 22 por minuto.
- Temperatura : 36. 8° C.
- Presión Arterial : 110/78 mmHg.
- Saturación de Oxígeno : 93%.
- Presión Arterial Media : 86.

**Medidas Antropométricas:**

- Peso: 60 kilos.
- Talla: 1.62 cm.
- IMC : 22.9



### Exploración Céfaló - Caudal:

- Piel: Tibia y turgente al tanteo
- Cabeza: Normocéfalo.
- Ojos: Proporcionados, con pupilas isocóricas, fotoreactivas a la luz.
- Orejas: Simétricas, con regular apariencia de cerumen.
- Nariz: Permeable, refresca espontáneo a FIO<sub>2</sub> ambiental con Sat.O<sub>2</sub> 93%.
- Boca: Membranas mucosas orales semisecas.
- Cuello: Móvil y sin adenopatias a la palpación.
- Tórax: Proporcionado, susurro vesicular en los dos campos pulmonares.
- Corazón: Se escuchan ruidos cardiacos ritmicos, taquicárdicos y no hay soplos.
- Abdomen: Suave, depresible con ruidos hidroaéreos aumentados.
- Genitourinario: Genitales de acuerdo a su género y externamente según su edad.
- Miembros Superiores: Debilidad y pérdida de fuerza en brazos (4/5).
- Miembros Inferiores: Debilidad proximal y distal en ambos lados (2/5), incapacidad para caminar y refiere dolor tipo "punzante"; con EVA:7/10 puntos.
- Neurológico: LOTEPE, escala de glasgow 14/15 puntos: AO= 4, RV=5, RM=5.

#### 4.1.5 Exámenes Clínicos

##### Hemograma

REPORTE	RESULTADO	VALOR NORMAL
Plaquetas	178 X 10 <sup>9</sup> /ul	150 - 450 x 10 <sup>9</sup> /ul
Vol. Plaquetario	10.00	9.00 - 13.00
Leucocitos	22.00	4.5 - 11.00
Glóbulos Rojos	5.00	4.50 - 5.60
Hemoglobina	16.1	13.8 - 17.2 mg/dl
Hematocrito	35.1	36 - 54.
Neutrófilos	11.2	1.9 - 8.0
Linfocitos	3.2	0.9 - 5.20
Monocitos	1.01	0.0 - 1.00
Eosinófilos	0.20	0.0 - 0.70

FUENTE: Servicio de laboratorio Hospital Cayetano Heredia.

En las evaluaciones obtenidas del hemograma se visualiza incremento de Leucocitos y Neutrófilos; los orígenes que alteran estos valores, se encuentra daño a

tejidos, inflamación e infección, estrés emocional debido al dolor que presenta en miembros inferiores y debilidad para presentar en brazos.

**Bioquímica:**

<b>REPORTE</b>	<b>REPORTE A LAS 8 HRS</b>	<b>VALOR NORMAL</b>
Glucosa: 96 mg/dl	98 mg/dl	<b>70 - 110 mg/dl</b>
Urea: 35 mg/dl	45 mg/dl	<b>20 - 45 mg/dl</b>
Creatinina: 0.8 mg/dl	0.9 mg/dl	<b>0.6 - 1.1 mg/dl</b>
Sodio: 124 mmol/L	126 mmol/L	<b>135 - 145 mmol/L</b>
Potasio: 4.1 mmol/L	4.1 mmol/L	<b>3.6 - 5.5 mmol/L</b>
Cloro Sérico: 100 meq/l	100 meq/l	<b>98 - 106 meq/l</b>
Calcio Sérico: 8.9 mg/dl	9 mg/dl	<b>8.4 - 10.2 mg/dl</b>

**Fuente:** Servicio de laboratorio Hospital Cayetano Heredia.

En el examen bioquímico se observa como dato alterado el sodio; pudiendo interpretarse como una Hiponatremia, puede ser a consecuencia del consumo de mucha sal, también cuando ha habido deshidratación como también la pérdida de líquidos corporales; por vómitos constantes, diarrea, como sudoración y fiebre alta.



### Perfil Lipídico:

REPORTE	RESULTADO
Colesterol	165 mg/dl
LDH	86 mg/dl
HDL	60 mg/dl

Fuente: Asistencia de laboratorio del Hospital Cayetano Heredia.

En la evaluación lipídica no se encuentra ningún dato alterado.

### Gases arteriales:

AGA	1° DÍA	2° DIA	3° DIA	VALORES NORMALES
Valores de gases en sangre:	PH: 7.397 PCO <sub>2</sub> : 40.8 PO <sub>2</sub> : 89.3	PH: 7.403 PCO <sub>2</sub> : 38.0 PO <sub>2</sub> : 97.3	PH: 7.380 PCO <sub>2</sub> : 35.4 PO <sub>2</sub> : 52.2	PH: (7.350-7.450) PCO <sub>2</sub> : (35.0-48.0) PO <sub>2</sub> : (83.0-108)
Valores de Metabolitos:	CGLU:96 CLAC: 1.1	CGLU:97 CLAC: 2.5	CGLU:103 CLAC: 2.7	CGLU:(70-100mg/dl) CLAC: (0.5-2.2mmol/l)
Estado Acido-base:	CHCO <sub>3</sub> : 24.5	CHCO <sub>3</sub> : 22.3	CHCO <sub>3</sub> : 23.2	CHCO <sub>3</sub> : (22.0-26.0)

Fuente: Asistencia de laboratorio Hospital Cayetano Heredia.

Con respecto a los gases arteriales, no se hallaron anomalías.



### Otros exámenes:

REPORTE	RESULTADO
Proteína Total en LCR	140 mg/100 ml
Exámen de Orina	1.015 de densidad.
Cultivo de Heces	No se encontró parásitos, bacterias o virus.

**Fuente:** Asistencia de laboratorio del Hospital Cayetano Heredia

Se encontró en el líquido cefalorraquídeo que tenía una consistencia clara, transparente y por laboratorio se hallaron proteínas en el líquido cefalorraquídeo 140 mg/100 ml. Puede ser indicativo de símbolos de tumor, sangrado, hinchazón de unos nervios o lesión.

#### 4.1.6 Valoración por Dominios

##### DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

- No hay alteración.

##### DOMINIO 2: NUTRICIÓN

- No hay alteración.

##### DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

- No hay alteración.

##### DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO

- Perturbación del patrón del sueño (00198)



- Desperfecto de la inestabilidad física (00085)
- Modelo respiratorio ineficiente (00032)
- Pérdida de autocuidado: baño (00108)
- Pérdida de autocuidado: alimentación (00102)

#### DOMINIO 5: PERCEPCIÓN / COGNICIÓN

- No hay variación.

#### DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN

- No hay alteración.

#### DOMINIO 7: ROL / RELACIONES

- No hay variación.

#### DOMINIO 8: SEXUALIDAD

- No hay variación.

#### DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS

- No hay alteración.

#### DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

- No hay alteración.

#### DOMINIO 11: SEGURIDAD / PROTECCIÓN

- Peligro de caídas (00155)
- Peligro de desperfecto de la integridad cutánea (00047)

#### DOMINIO 12: CONFORT

- Dolor agudo (00132)



## DOMINIO 13: CRECIMIENTO / DESARROLLO

- No hay alteración.

La información aludida fue válida y efectuada a través del historial clínico, la valoración objetiva y la valoración subjetiva.

### 4.2 DISCUSIÓN:

A los 12 días antes de llegar al hospital el paciente tuvo como antecedente: deposiciones líquidas, sin sangre, ni moco; a los 7 días presenta debilidad en pierna izquierda sin prestarle mayor importancia; 2 días después presenta dolor en la pierna derecha tipo “punzante”; donde indica tomar orfenadrina en tabletas junto a sus comidas, refiere que calmó el dolor y que ya no sentía ninguna molestia. Pasando 2 días, el paciente siente que ya no puede pararse por sí mismo junto con la insensibilidad de ambas piernas y refiere que al querer tomar un vaso de la mesa, no pudo sujetar el objeto. Cayendo en la desesperación y el miedo. Es ahí cuando la familia decide llevar a su familiar al hospital.

En el área de emergencia de este nosocomio, el médico del servicio evalúa al paciente e indica las pruebas de rutina. Llegando al diagnóstico presuntivo de trastorno de guillain barré, por presentar hiporreflexia en las cuatro extremidades. Deciden su pronta hospitalización en el área de observación. A la evaluación por médico especialista de neurología muestra agotamiento muscular, pérdida de fuerza a nivel de los miembros superiores (4/5), en los miembros inferiores presenta debilidad proximal y distal junto con la capacidad de conservar el equilibrio y la total incapacidad para caminar (2/5), así mismo refiere dolor tipo “punzante”; con EVA:7/10 puntos.



En los exámenes de laboratorio presentó anormalidades: leucocitos y neutrófilos aumentados, entre las causas que alteran estos valores, se encuentra daño a tejidos e inflamación. En el examen bioquímico se observa como dato alterado el sodio; pudiendo interpretarse como una hiponatremia, causada por una deshidratación o pérdida de fluidos corporales; como la diarrea. Se encontró también que el líquido cefalorraquídeo tenía una consistencia clara, transparente y que por laboratorio se hallaron proteínas en el líquido cefalorraquídeo de 140 mg/100 ml. Llegando a la conclusión de inflamación o lesión del nervio. Todos los caracteres y síntomas presentes en este paciente confirman el diagnóstico del síndrome de guillain barré. Se ha reconocido los primeros requerimientos necesarios que realizar un especialista énfasis:

1. Patrón respiratorio ineficaz (00032)

Es cuando el individuo presenta reducción de la función respiratoria, en este síndrome existe decaimiento intenso y rápido, fundamentalmente en las extremidades inferiores, disminución de la fuerza muscular que se transforma en cuadriparesia y la insuficiencia respiratoria; presentando saturación menor a 95%. (15, 16,29)

2. Deterioro de la movilidad física (00085)

Donde el individuo percibe limitado el movimiento. El paciente tiene discapacidad para moverse por su voluntad en su entorno físico, según el síndrome de guillain barré. (15.16, 29)

3. Déficit de autocuidado: alimentación (00102)

Etapa donde el individuo nota disminución de la habilidad para comer por sí mismo. El paciente no podrá alimentarse por sí solo, por el riesgo de agotamiento y empeoramiento en la respiración; por lo cual requerirá apoyo de otra persona. (15, 29)



4. Déficit de autocuidado: baño (00108)

Pérdida del paciente para consumir el baño/higiene. El paciente no puede realizar la actividad del baño/ higiene por sí solo, por el deterioro neuromuscular. (16,29)

5. Trastorno del patrón del sueño (00198)

Obstáculos para conciliar el sueño debido a elementos externos. El paciente tiene cambio en patrón estándar de sueño. debido a factores ambientales como ruido e iluminación. (16, 29)

6. Dolor agudo (00132)

Etapa donde el individuo informa su molestia subjetiva, es decir informando o quejándose verbalmente. El paciente experimenta dolor en los miembros inferiores, por la falta de movimiento de los mismos. (15)

7. Riesgo de caídas (00155)

Incremento de la exposición a traumas o causas que pueden producir daño físico. El paciente presenta cuadriparesia arrefléxica en brazos y piernas. Las cintas adhesivas y uso de irritante para la piel, aumentan el peligro de lastimar la piel; se valorará los cambios de posición y se protegerá las prominencias óseas. (16, 29)

8. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)

Susceptibilidad de la superficie de la piel a ser dañada por elementos externos. El paciente presenta predisposición de dichos riesgos internos y riesgos externos. El paciente está predispuesto a exponerse a personas infectadas y procedimientos invasivos. (16, 29).



## DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Los signos de la clínica neurológica se mantuvieron estables, el paciente fue diagnosticado como trastorno de guillain barré clásico basado en signos clínicos, pruebas de laboratorio y neurofisiológicas. Se aplicaron inmunoglobulina humana normal al 5% de 100 ml. con dosis de 0,4g/kg diariamente durante cinco días y terapia de rehabilitación física al tercer día de hospitalización.

1° Diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz (00032) R/C disfunción neuromuscular de la musculatura respiratoria: proceso desmielinizante E/P taquipnea y saturación de oxígeno disminuido.

2° Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física (00085) R/C afección neuromuscular M/P pérdida de la habilidad para pasar de decúbito lateral derecho a decúbito lateral izquierdo y viceversa; “deslizarse” o cambiar de posición en la cama.

3° Diagnóstico: Déficit de autocuidado: alimentación (00102) R/C pérdida neuromuscular M/P discapacidad para tomar los alimentos con los utensilios.

4° Diagnóstico: Déficit de autocuidado: baño (00108) R/C pérdida neuromuscular M/P discapacidad para mover el cuerpo.

5° Diagnóstico: Trastorno del patrón del sueño (00198) R/C factores externos: ruidos e iluminación E/P manifestación de incomodidad por el paciente.

6° Diagnóstico: Dolor agudo (00132) R/C agente lesivo físico E/P manifestación del paciente.

7° Diagnóstico: Riesgo de caídas (00155) R/C pérdida de la movilidad física.



8° Diagnóstico: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047) R/C estabilidad física secundario a trastorno neuromuscular.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

1° Diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz (00032) R/C disfunción neuromuscular de los músculos respiratorios: proceso desmielinizante E/P taquipnea y saturación de oxígeno de disminuida.

OBJETIVOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	BASE CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p><b>Objetivo general:</b></p> <p>Se mejorará el patrón respiratorio.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <p>-Paciente mantendrá saturación de oxígeno &gt;95%.</p> <p>-Paciente mantendrá frecuencia respiratoria menor a 20 por minuto.</p>	<p>- El manejo de las vías aéreas. (3140). Considerar el monitoreo y vigilancia del patrón respiratorio: frecuencia respiratoria, ritmo, profundidad, simetría, utilización de músculos accesorios.</p> <p>- Monitorizar pulsoximetría.</p> <p>- Evaluar el estado de conciencia, según escala</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Identificar alteraciones en el patrón respiratorio normal, es un medio para seleccionar las intervenciones de enfermería</li> <li>● La pulsoximetría es una técnica no invasiva que permite establecer el valor del oxígeno en sangre de pacientes</li> <li>● La escala de valoración de Glasgow permite calcular el nivel de conocimiento de una persona</li> </ul> <p>Para prevenir acciones de enfermería al disminuir el nivel de Glasgow, existe compromiso del patrón respiratorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Los esquemas de ruidos respiratorios, permitirá integrar</li> </ul>	<p>Paciente presenta patrón respiratorio eficaz.</p> <p>El paciente conserva una saturación de oxígeno mayor a 95%.</p> <p>El paciente mantiene una frecuencia respiratoria de 18 por minuto.</p>

	<p>Glasgow.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Observar si se producen esquemas respiratorios anormales.</li><li>- Vigilar si hay fatiga muscular diafragmática periódica.</li><li>- Observar si hay cianosis distal o periférica.</li><li>- Oxigenoterapia (3320) se brinda apoyo ventilatorio cuando la saturación de oxígeno es menor a 95%.</li><li>- Observar si hay insuficiencia respiratoria inminente y comunicar al médico</li></ul>	<p>diagnósticos clínicos y posibles complicaciones en presencia de sibilancias.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● La fatiga es la incapacidad de un músculo para mantener la fuerza requerida o esperada después de contracciones continuas o repetitivas, en el aparato respiratorio se precisa como la discapacidad de generar la suficiente presión para mantener la ventilación alveolar.</li><li>● La cianosis se caracteriza por una coloración azulada de la dermis y las mucosas ocasionada por la disminución del oxígeno inspirado, este signo se valora en la observación general del paciente.</li><li>● La oxigenoterapia es un tratamiento de prescripción médica con el fin de prevenir la hipoxemia.</li><li>● La insuficiencia respiratoria inminente es una complicación</li></ul>
--	---	--

	<p>intensivista.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparar el equipo de intubación y ventilación mecánica, si el paciente presenta fatiga muscular y <math>CO_2 &lt; 50</math> mmHg y <math>Sat.O_2 &lt; 92\%</math>.</li> <li>- Aspirar secreciones, con técnica estéril según lo requiera el paciente.</li> <li>- Valorar resultados de AGA en sangre</li> </ul>	<p>del síndrome de Guillain Barré.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● La intubación endotraqueal es una técnica invasiva en la que se coloca un conducto flexible en la tráquea para mantener la ruta aérea abierta.</li> <li>● La ventilación mecánica es una estrategia de tratamiento que trata de asistir mecánicamente respecto a la ventilación pulmonar espontánea, cuando ella es inexistente o inútil para la vida.</li> <li>● La aspiración se emplea para retirar las secreciones de la vía aérea, que el paciente no logra expectorar por sí mismo.</li> <li>● La gasometría arterial es la comprobación de la cuantía de oxígeno y de dióxido de carbono, permite determinar la acidez de la sangre y el nivel de bicarbonato.</li> </ul>	
--	--	--	--

FUENTE: Enfermería médica quirúrgico, Brunner y Suddarth, 10° Edición, pág. 315,526,606,695 y marco teórico.

2° Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física (00085) R/C afeción neuromuscular M/P deterioro de la habilidad para pasar de decúbito lateral derecho a decúbito lateral izquierdo y viceversa; “deslizarse” o cambiar de posición en la cama.

OBJETIVOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	BASE CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p><b>Objetivo general:</b> El paciente recuperará o conservará movilidad.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b> Terapia de adiestramientos: examen muscular.</p> <p>Paciente mantendrá ponderación y posición corporal.</p>	<p><b>Cuidados del paciente encamado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instalar al paciente en una cama / colchón terapéutico adecuado.</li> <li>• Ubicar al paciente en una alineación corporal apropiada.</li> <li>• Impedir usar ropa de cama con texturas y conservar la ropa de cama aseada y sin arrugas.</li> <li>• Poner en la cama una base de apoyo para los</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una cama adecuada minimiza la tensión en los músculos.</li> <li>• La alineación del cuerpo facilita la comodidad; la posición disminuye la tensión sobre el Sistema musculoesquelético.</li> <li>• La ropa limpia, seca y con texturas suaves favorece la circulación en la piel y disminuye el riesgo de lesionar la piel.</li> <li>• El uso de una almohada para los pies es para</li> </ul>	<p>Paciente presenta movimiento muscular y articular conservado.</p> <p>Paciente mantiene progresivamente el equilibrio y la posición corporal con apoyo de dispositivos auxiliares de la marcha (bastón).</p>

	<p>pies.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar dispositivos que eviten las zonas de presión en prominencias óseas.</li> <li>• Rodar al paciente inmobilizado al menos cada dos horas, de acuerdo con un programa específico.</li> <li>• Vigilar el estado de la piel. (ANEXO 1)</li> <li>• Canalizar vía venosa periférica de manera aséptica.</li> <li>• Administrar tratamiento prescrito: corticoides e inmunoglobulina G diluida</li> </ul>	<p>prevenir la presión en los talones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar almohadillas entre las zonas de prominencia ósea, evita complicaciones en la piel.</li> <li>• Cambiar de posición cada 2 horas ayuda a mantener la integridad cutánea.</li> <li>• La piel debe permanecer limpia y seca, para prevenir UPP.</li> <li>• Canalizar una vía venosa periférica nos permite tener vía intacta al sistema vascular del paciente, a través de la vía podremos dirigir sueroterapias, medicación y nutrición parenteral.</li> </ul>	
--	--	--	--

	<p>en 500 cc de Dextrosa 5% - EV en bomba de infusión en 6 horas.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar ejercicios de margen de movimiento pasivos y/o activo asistidos.</li><li>• Asistencia con las acciones de la vida diaria.</li><li>• <b>Cambio de posición:</b></li><li>• Explicar al paciente que se le va a variar de posición, si procede.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La inmunoglobulina intravenosa ayuda a acelerar la recuperación. La administración de inmunoglobulina a través vía intravenosa (anticuerpos que serán purificados por la sangre del donante).</li><li>• Los ejercicios de margen de movimiento pasivo y/o activo asistidos consisten en mejorar la nutrición muscular y favorecer la movilización sanguínea y linfática.</li><li>• La información clínica que se proporciona al paciente puede contribuir al excelente progreso del proceso asistencial, optimizar la analogía enfermero-paciente y por lo tanto influir en la calidad del servicio.</li></ul>	
--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alentar al paciente a participar en la variación de postura, si procede.</li><li>• Alertar sobre el estado de la oxigenación antes y después de la variación de la posición.</li><li>• Ofrecer aliento y apoyo al paciente antes de variar la posición, si procede.</li><li>• Incorporar en el plan de cuidados la postura preferida para dormir del paciente.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estimula psíquicamente al paciente para mover los reflejos propioceptivos y el conocimiento del movimiento.</li><li>• El movimiento aumenta el metabolismo del cuerpo y por ende la necesidad de oxígeno. Si el cuerpo se oxigena, funciona mejor y se siente menos cansancio.</li><li>• Los ejercicios de acondicionamiento pueden ser molestos y fatigantes, el apoyo ayuda a que el paciente cumpla con el programa.</li><li>• La colaboración del paciente en los cambios de posición favorece el autocuidado.</li></ul>	
--	--	--	--



	<ul style="list-style-type: none"><li>• En consulta con el fisioterapeuta, instruir sobre la marcha progresiva y segura dentro de las limitaciones del apoyo de peso prescritas y supervisadas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La marcha progresiva evita caídas repentinas y la magnitud del apoyo de peso previene lesiones por uso inseguro de apoyos: bastón, barandas de la camilla, personas que ayuden en la marcha y que no resistan el peso del paciente.</li></ul>	
--	---	---	--

Fuentes: Revista Electrónica de Portales Medicos.com y López (2015) Enfermería médico quirúrgico, Brunner y Suddarth, 10° Edición, pág. 2302-2303

3° Diagnóstico: Déficit de autocuidado: alimentación (00102) R/C deterioro neuromuscular M/P incapacidad para coger los alimentos con los utensilios.

OBJETIVOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	BASE CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p><b>Objetivo general:</b> El paciente mejorará autocuidado: alimentación.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b> Autocuidado: comer. (0303) Paciente podrá comer comida y digerir líquidos.</p>	<p>Ayuda con los autocuidados: alimentación (1803):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Poner al paciente en una posición cómoda.</li> <li>-evitar poner la comida del lado contrario de la persona.</li> <li>-Tratamiento de deglución (1860):</li> <li>-Facilita la deglución también previene los obstáculos de una deglución deficiente.</li> <li>-Ayuda a conservar la posición sentada en 30 minutos luego de comer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● El autocuidado es una práctica estimulada por la OMS (Organización Mundial de la Salud) que requiere una actitud activa y responsable para optimizar la calidad de vida.</li> <li>● La posición de 90° es indicada para la deglución efectiva.</li> <li>● La comida debe ser colocada dentro del rango de visión periférica del paciente.</li> <li>● La terapia de deglución es una terapia complementaria de rehabilitación que ayuda a agilizar la musculatura mezclada en el proceso de deglución, ayudando la motivación sensorial y motora.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente mejora paulatinamente el autocuidado: alimentación.</li> <li>- Paciente puede comer comida y digerir líquidos.</li> <li>- Paciente mantiene estado nutricional adecuado.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ayudar a colocar al paciente con la cabeza flexionada y orientada así delante, en el preparativo para la deglución. “Barbilla metida”.</li><li>- Ayuda al paciente a ubicar la comida en el parte posterior de la boca.</li><li>- Comprobar y orientar a los familiares, si hay restos de comida luego de comer.</li><li>- Impedir el uso de sorbetes para tomar agua.</li><li>- Observar si hay evidencia y patologías de aspiración.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● La posición barbilla metida favorece la deglución y evita aspiración con contenido alimentario.</li><li>● La posición del bolo alimenticio en la parte posterior favorece el proceso de deglución.</li><li>● La comprobación de restos de comida, disminuirá el riesgo de aspiración.</li><li>● Las pajitas pueden causar ahogamiento y más si no se deja supervisión cerca al paciente con trastorno de Guillain Barré.</li><li>● Los signos de aspiración son: tos, dificultad respiratoria y respiración ruidosa.</li></ul>	
--	--	--	--

	<p>- Facilitar cuidados bucales.</p> <p>- Precauciones para evitar la aspiración (3200):</p> <p>-Alimentación en pequeñas cantidades.</p> <p>-Instalar al paciente en una posición erguida formando 90° o lo más derecho posible.</p> <p>-Sortear líquidos espesos.</p> <p>-Alertar el nivel de conocimiento, reflejos de la tos y de cabida deglutoria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La cantidad en pequeñas porciones facilita la deglución.</li> <li>● La posición fowler alta favorece la deglución, disminuyendo los signos de aspiración.</li> <li>● Al tener un problema neuromuscular, se debe tener especial cuidado con los líquidos espesos, por riesgo de aspiración</li> <li>● El estado de conciencia llamado Glasgow evalúa la respuesta motora, ocular y respuesta verbal. Se considera necesario evaluar la conciencia para evitar signos de aspiración.</li> </ul>	
--	--	---	--

FUENTE: Fundación de enfermería de Cantabria y marco teórico.

4° Diagnóstico: Déficit de autocuidado: baño (00108) R/C deterioro neuromuscular M/P incapacidad para lavarse el cuerpo.

OBJETIVOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	BASE CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p><b>Objetivo general:</b> - El paciente mejorará autocuidado: baño.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente podrá mantener la capacidad para limpiar el propio cuerpo. (0301)</li> <li>- Capacidad para conservar la limpieza corporal y un buen aspecto independiente con o sin dispositivos de ayuda (0305)</li> <li>- Autocuidado de la limpieza bucal: que</li> </ul>	<p>- Ayuda con los autocuidados: Baño/Higiene (1801):</p> <p>- Se cepilla los dientes. (030801) y se lava la boca. (030803)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● El autocuidado es una práctica estimulada por la OMS (Organización Mundial de la Salud) que requiere una actitud activa y responsable para optimar la calidad de vida.</li> <li>● El cepillado de dientes es la base higiénica bucal diaria, es fundamental para eliminar la placa bacteriana de manera</li> </ul>	<p>El paciente mejora paulatinamente su autocuidado: baño.</p> <p>Paciente se mantiene pulcro con asistencia.</p> <p>Paciente mantiene limpios boca y sus dientes con asistencia.</p>

<p>cuenta con la capacidad para mantener limpio la boca y los dientes con o sin formas de ayuda (0308)</p>	<p>- Brindar ayuda hasta que el paciente pueda realizarlo por sí mismo el autocuidado.</p> <p>- Suministrar los objetos particulares deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño).</p>	<p>eficaz y prevenir enfermedades en las encías.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Al proporcionar ayuda al paciente sirve para contribuir a la realización del autocuidado.</li><li>● Pedir y recibir ayuda crea vínculos y permite cumplir con el deber de cuidar.</li></ul>	
--	--	--	--

FUENTE: Fundación de enfermería de Cantabria y marco teórico.

5° Diagnóstico: Trastorno del patrón del sueño (00198) R/C factores externos: ruidos e iluminación E/P manifestación de incomodidad por el paciente.

OBJETIVOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	BASE CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p><b>Objetivo general:</b> El paciente aumentará sus horas de sueño.</p> <p><b>Objetivo específico:</b> Sueño: magnitud y patrón de suspensión periódica. (0004).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Fomentar el sueño.</li> <li>● Intentar respetar el horario para dormir o descansar.</li> <li>● Simplificar las intervenciones.</li> </ul>	<p>Cuando se duerme, uno se levanta sintiéndose descansado y renovado. El sueño debe tener un horario para producir las fases del sueño: NO REM que representa el 75% del sueño profundo y la fase REM que se caracteriza por alta actividad cerebral con duración de 10 minutos donde aparecen los sueños. La simplificación de las</p>	<p>El paciente aumenta sus horas de sueño.</p> <p>El paciente aumenta el tiempo de descanso.</p>

	<ul style="list-style-type: none"><li>● Disminuir los factores ambientales: ruido, iluminación.</li><li>● Aconsejar que no tome mucho líquido para dormir.</li><li>● Satisfacer los requerimientos funcionales y primordiales del paciente.</li></ul>	<p>intervenciones hospitalarias, ayuda a conservar un horario de sueño.</p> <p>Un lugar despejado es necesario para conciliar el sueño.</p> <p>Tomar agua en demasiada cantidad sobrelleva no poder conciliar el sueño.</p> <p>Varias veces el problema de no pernoctar está relacionado con necesidades fisiológicas insatisfechas como: hambre, sed y preocupaciones emocionales.</p>	
--	---	---	--

Fuentes: Enfermería médico quirúrgico, Brunner y Suddarth, 10ª Edición, pág. 220,56

6° Diagnóstico: Dolor agudo (00132) R/C agente lesivo biológico E/P manifestación del paciente.

OBJETIVOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	BASE CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p><b>Objetivo general:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El paciente disminuirá el dolor.</li> </ul> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Control del dolor (01605)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluar el dolor por medio de la escala visual analógica.</li> <li>Disminuir el dolor.</li> <li>Preguntar si</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La escala visual analógica admitir y medir la intensidad de dolor que narra el paciente, consiste en una línea de 10 centímetros en la que el paciente señala la intensidad del dolor: 0: sin dolor, 2: poco dolor, 4 dolor moderado, 6: dolor fuerte, 8: dolor muy fuerte, 10: dolor insoportable.</li> <li>El dolor es una experiencia sensorial y subjetiva desagradable muy frecuente en los pacientes con SGB que afecta los nervios fuera del cerebro y la médula espinal, con una rigor moderada y rígida que logra permanecer luego de la resolución de la enfermedad.</li> <li>La alergia, es una reacción del sistema</li> </ul>	<p>Paciente disminuye dolor.</p> <p>Paciente manifiesta sentirse mejor.</p>

	<p>el paciente tiene alergia a algún medicamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Controlar los signos vitales y después administrar analgésico prescrito.</li> <li>● Proporcionar la confianza para que el paciente manifieste sus inquietudes y dolencias.</li> <li>● Colocar al paciente en posición</li> </ul>	<p>inmunitario hacia: polen, ácaros, esporas de polvo, alimentos, picaduras de insectos y medicamentos. Conocer el historial de alergias previene de una reacción severa llamada anafilaxia que puede ser fatal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Los signos vitales son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los principales órganos internos y administración de analgésicos en trastornos de Guillain Barré, no hay pruebas suficientes para establecer un tratamiento adecuado para el Trastornos de Guillain Barré, aunque la gabapentina y carbamazepina redujeron la intensidad del dolor.</li> <li>● La confianza es fundamental para la atención en salud para la colaboración y el paciente se comprometa con su salud.</li> <li>● Ante el dolor muchas veces quien la padece adopta posiciones o posturas que</li> </ul>	
--	---	--	--

	<p>antálgica.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Valorar la eficacia del analgésico.</li><li>● Observar si producen efectos adversos.</li><li>● Controlar los factores ambientales y comprobar el nivel de comodidad.</li></ul>	<p>ayudan a sentir menos dolor.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Se debe valorar periódicamente el dolor de acuerdo con el tipo e intensidad de dolor.</li><li>● Vigilar de los efectos secundarios del consumo de analgésicos como: náuseas, vómitos, diarrea, hipotensión, depresión respiratoria.</li><li>● Un lugar tranquilo es forzoso para poder disminuir el dolor.</li></ul>	
--	--	--	--

Fuentes: López García, Erica. 2015. PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ. Trabajo de Grado en Enfermería. Universidad de Valladolid- Facultad de Enfermería. Enfermería médica quirúrgico: Pensamiento crítico en la asistencia del paciente. Tomo II, Brunner y Suddarth, 4° Edición, pág. 1652-1653.

7° Diagnóstico: Riesgo de caídas (00155) R/C deterioro de la movilidad física.

OBJETIVOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	BASE CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p><b>Objetivo general:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● El paciente minimice el riesgo de caídas.</li> </ul> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <p>Conducta de prevención de caídas (1909).</p>	<p>Acuerdo con el paciente (4420):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Educar y fomentar el cuidado al paciente sobre su enfermedad.</li> <li>-Utiliza dispositivos de ayuda correctamente (190901)</li> <li>-Aplica medidas de seguridad: levantar las barandas y aplicar sujeción mecánica.</li> <li>-Mantener la cama en posición baja.</li> <li>-Reducción de riesgo de lesiones.</li> </ul>	<p>El acuerdo con el paciente incluye la experiencia de enseñanza, sugerencia, y técnicas de modificación de conductas que incorporan a sus conocimientos previos.</p> <p>Aplicar medidas de seguridad son necesarias para reducir el riesgo de caídas y lesiones en el paciente con problema neuromuscular.</p> <p>La posición baja de la cama ayuda a prevenir caídas de una altura que pueda causar daño al paciente con daño neuromuscular.</p> <p>Estar vigilante ante riesgo de lesiones por material médico e inmueble hospitalario.</p>	<p>El paciente no presenta caídas.</p> <p>El paciente tiene que tener una conducta de prevención de las caídas.</p>

FUENTE: Fundamentos de Enfermería de Cantabria y Marco teórico

8° Diagnóstico: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047) R/C postración continua secundario a trastorno neuromuscular.

OBJETIVOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	BASE CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p><b>Objetivo general:</b> El paciente tendrá integridad cutánea (1101)</p> <p><b>Objetivos específicos:</b> - El paciente mantendrá estado nutricional (1004) -Integridad tisular (1101) -Control de riesgo (1902)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Valorar el estado de la piel. (110113)</li> <li>● Reconoce factores de riesgo (190201)</li> <li>● Observar color, calor, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en extremidades en cada servicio.</li> <li>● Revisar el estado de la piel al ingreso al</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Estar limpio y proteger los tegumentos de la piel es una necesidad básica, tener la piel sana es con la finalidad de protección contra cualquier organismo.</li> <li>● Reconocer factores predisponentes para ocasionar una lesión.</li> <li>● Se promueven prácticas de control de infecciones seguras observando signos clínicos de infección.</li> <li>● El registro es un medio de comunicación entre los trabajadores de salud, sobre</li> </ul>	<p>Paciente presenta piel íntegra y seca.</p> <p>El paciente conoce algunos factores de riesgo.</p> <p>El paciente identifica riesgos para su salud.</p>

	<p>cómo se encuentra un paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Para prevenir las lesiones por presión se debe tener en cuenta la vigilancia de la piel: manteniendo la piel seca e hidratada y proteger las prominencias óseas con almohadillas para que no toquen o hagan fricción con las sábanas de la cama.</li><li>● Las prácticas higiénicas son medidas se usan para conservar la piel.</li><li>● El llenado capilar se utiliza para vigilar la deshidratación y el flujo sanguíneo, se realiza en el lecho ungueal, tiempo menor a 2 segundos.</li></ul>	
<p>servicio y luego en cada turno.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Prevención de las úlceras ocasionadas por presión (3540)</li><li>● Mantener la ropa de cama seca y sin arrugas.</li><li>● Valorar el llenado capilar.</li></ul>		

	<ul style="list-style-type: none"><li>● Cambiar de postura a un paciente en la cama cada 2 horas favor a conservar la sangre circulando.</li><li>● La piel debe permanecer limpia y seca para prevenir las lesiones por presión.</li><li>● El cuidado de la piel es una medida para prevenir las úlceras por presión.</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>● Cambiar de postura cada 2 horas.</li><li>● Cuidados de la piel (3584)</li><li>● Vigilar estrictamente cualquier zona de piel enrojecida (3590)</li></ul>		

Fuentes: Revista Electrónica de PortalesMedicos.com y López (2015); López García, Erica. 2015. Plan de Cuidados en pacientes hospitalizados con Síndrome de Guillain Barré. Trabajo de Grado en Enfermería. Universidad de Valladolid- Facultad de Enfermería. Enfermería médica quirúrgico: Pensamiento crítico en la asistencia del paciente. Tomo II, Brunner y Suddarth, 4° Edición, pág. 1652-16



## V. CONCLUSIONES

- El cuidado brindado por enfermería en el síndrome de guillain barré, son una herramienta básica para la atención del mismo; se brinda los cuidados adecuados a través del proceso de atención de enfermería donde se identifican problemas de salud por medio de la valoración por dominios, se llega a formular diagnósticos estandarizados; para luego planificar los cuidados, ejecutar las intervenciones y evaluar el resultado.
- Se realizó la valoración por dominios al paciente del servicio de emergencia con síndrome de guillain barré, donde se realizó la recogida de datos del paciente mediante: historial médico, entrevista personal y junto a la interpretación de exámenes auxiliares para identificar los problemas de salud prioritarios.
- Posteriormente se formularon los diagnósticos de enfermería de acuerdo a los problemas y necesidades de salud del paciente llegando a priorizar ocho diagnósticos.
- Se planificó las intervenciones de enfermería de acuerdo a los diagnósticos priorizados.
- Se ejecutaron los planes de cuidado mediante las intervenciones de enfermería.
- La evaluación de la aplicación de los cuidados al paciente con síndrome de guillain barré, fue con resultados satisfactorios; el paciente tuvo una estancia hospitalaria de 10 días, terminando en alta médica y posteriormente con seguimiento de su recuperación en el hogar. El cuidador prosiguió con los cuidados recuperatorios por 2 meses y a fines de año existía una fuerza muscular moderada y en la motricidad quedó marcha del pie equino; refiere que sigue en terapia de rehabilitación y que realiza actividades de la vida diaria por sí mismo.



## VI. RECOMENDACIONES

- Al director del hospital nacional Cayetano Heredia, desarrollar un plan de formación continua sobre este síndrome y un plan de respuesta temprana ante enfermedades de este tipo.
- A la enfermera jefe de departamento, encargada de las enfermeras, fomentar y promover el trabajo en equipo para estabilizar y recuperar el bienestar humano.
- A la jefa de la unidad de emergencias, desarrollar e impulsar un plan de cuidados estandarizado, fundamentado en la enfermería basado en la evidencia.
- Al personal de enfermería, promover actividades de capacitación y desarrollo de autoformación para la atención de casos de este tipo.
- A la unidad de segunda especialidad de emergencias y desastres, fomentar habilidades de planificación en cuidados enfermeros y gestión en enfermedades que conllevarían a eventuales declaratorias de estados de emergencia.
- A los estudiantes de enfermería, que realicen estudios de investigación de qué elementos exponen a desarrollar este síndrome o un estudio de investigación para descubrir si existe relación directa con el campylobacter jejuni para desarrollar la enfermedad autoinmune síndrome de guillain barré



## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gavilán R, Escalante O, Vences F, Vidal M., Miraval M. 2019. Reporte especial. Investigación de laboratorio de los casos de síndrome de guillain-barré en el Perú. Boletín Instituto Nacional de Salud. Vol. 25 (7-8):93-98. Disponible en: <file:///home/chronos/u7b1551b9d00d69ade5dd6a5551bc381bc69cb4bf/MyFiles/Downloads/Investigacion-de-laboratorio-de-los-casos-de-Sindorme-de-GuillainBarre.pdf>file:///home/chronos/u7b1551b9d00d69ade5dd6a5551bc381bc69cb4bf/MyFiles/Downloads/Investigacion-de-laboratorio-de-los-casos-de-Sindorme-de-Guillain-Barre.pdf
2. Epidemiología del síndrome de guillain-barré en el Perú. / Rev. Perú Med Exp Salud Publica; 36(1): 10-16, 2019 Junio-Marzo.
3. Mazeti Soler Pilar. Neuropatías Inflammatorias: Síndrome de Guillain- Barré. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Julio 2018.
4. Binational outbreak of Guillain–Barré syndrome associated with Campylobacter Jejuni infection, Mexico and USA, 2011. Epidemiol Infect. 2014 May; 142(5): 1089–1099.
5. Lancet. 2016 April 09; 387(10027): 1531–1539. Disponible en: <https://boletin.ins.gob.pe/investigacion-de-laboratorio-de-los-casos-de-sindrome-de-guillain-barre-en-el-peru/>
6. Zika Virus and the Guillain-Barré Syndrome- case series from Seven



- Countries. N Engl J Med. 2016; 375(16): 1598-1601.
7. Ministerio de salud. 2021. Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica y Diagnóstico de Laboratorio del Síndrome de Guillain Barré en el Perú N° 175. Internet. Disponible: <file:///home/chronos/u-7b1551b9d00d69ade5dd6a5551bc381bc69cb4bf/MyFiles/Downloads/NT%20%C2%B0175MINSA2021CDC%20Norma%20T%C3%A9cnica%20de%20Salud%20para%20la%20Vigilancia%20Epidemiol%C3%B3gica%20y%20Diagnostico%20de%20Laboratorio%20del%20S%C3%ADndrome%20de%20Guillain%20Barr%C3%A9%20en%20el%20Per%C3%BA.pdf>
  8. El Peruano. 2019. Decreto Supremo N° 014—2019-SA. Decreto Supremo que modifica el Decreto Supremo N° 013-2019-SA, que declara en emergencia sanitaria los departamentos de Piura, Lambayeque, La Libertad, Junín y Lima por el plazo de 90 días calendario.
  9. ANDINA “Agencia Peruana de Noticias”. 2018. Entrevista al jefe del Servicio de Neurología del Hospital Cayetano Heredia, Dr. Hugo Umeres Cáceres. Internet. Disponible: <https://andina.pe/agencia/noticia-%C2%BFque-es-sindrome-guillain-barre-y-como-se-trata-709221.aspx>
  10. Hanna M, Villadiego M. 2014. La administración de enfermería en el área clínica y sus implicaciones en el cuidado. Revista Colombiana de Enfermería. Vol. 9:65-70. Internet. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n2/0124-7107-reus-20-02-00171.pdf>



11. De la Rosa R, Zamora G. 2012. Cuidados invisibles: ¿son suficientemente reconocidos? Vol. 21(4):1260-70. Internet. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n2/0124-7107-reus-20-02-00171.pdf>
12. Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic). 2022. Síndrome de Guillain Barré, MAYO CLINIC, 5° Edición. Internet. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/guillain-barre-syndrome/symptoms-causes/syc-20362793>
13. Universidad Internacional de Valencia, Ciencias de la Salud. Proceso de Atención de Enfermería: Conceptos y Etapas. Publicado el 06/02/2017. Disponible: <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/proceso-de-atencion-de-enfermeria-concepto-y-etapas>
14. Organización Panamericana de la Salud. Boletín Informativo de Guillain-Barre. Nicaragua: Organización Panamericana de la Salud; 2016. Análisis del comportamiento del síndrome de Guillain-Barré. Consensos y discrepancias. Z. Lestayo-O’Farrill J.L. Hernández-Cáceres. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/web/4604/z040230.pdf>
15. INCN. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del paciente con Síndrome de Guillain Barré. Guía en Versión Extensa. GPC N° 02 Perú, junio 2018. Disponible en: [file:///home/chronos/u-7b1551b9d00d69ade5dd6a5551bc381bc69cb4bf/MyFiles/Downloads/RD2012018Guia\\_Guillain\\_Barre.pdf](file:///home/chronos/u-7b1551b9d00d69ade5dd6a5551bc381bc69cb4bf/MyFiles/Downloads/RD2012018Guia_Guillain_Barre.pdf)



16. Actualización en el Síndrome de Guillain-Barré - Dr. Óscar Phillips Morales. Revista Médica Sinergia Vol. 4 (11), noviembre 2019 - ISSN:2215-4523 / e-ISSN:2215-5279. Disponible en: <http://revistamedicasinergia.com>
17. Asti A., Sarmiento J., Vega D, Anaya J., Gershwin M., Guillain-Barré syndrome: causes, immunopathogenic mechanisms and treatment. Expert Review of Clinical Immunology. 2016 06 21;12(11):1175-1189. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/1744666x.2016.1193006>
18. Willison HJ, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain-Barré syndrome. The Lancet. 2016 08;388(10045): 717- 727. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)00339-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)00339-1)
19. Sylvie Chevret, Richard AC Hughes y Djillali Annane. Intercambio de plasma para el síndrome de Guillain - Barré. Publicado el 27 de Febrero del 2017. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001798.pub3>
20. León-Mansilla R, Ixquiac-Pineda G. Neuropatía axonal sensitivo motora aguda. Revista médica. Guatemala. 9 de Agosto del 2021. Pág. 160(2):167-9. Internet. Disponible:<https://www.revistamedicagt.org/index.php/RevMedGuatemala/article/view/63>
21. Maguiña Vargas C. Lecciones aprendidas del brote de Guillain-Barré durante el 2019. Acta Med Perú. 2019;36(3):183-4 Acta Med Perú. 2019;36(3):183-4. Internet. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-)



5917201900030001

22. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Mapa de brotes y epidemias. Boletín Epidemiológico del Perú. 2019. 28(24):599. Disponible: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/24.pdf>
23. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades Situación de Guillain Barre. Perú en la semana 45-2019. Lima: Ministerio de Salud; 2019 Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/sg/2019/SGB041119.pdf>
24. Boletín epidemiológico N°5. semana 38 al 2020 Hospital Cayetano Heredia. Oficina de epidemiología y salud ambiental. Unidad de Vigilancia y control de brotes. Bióloga Nila Alejandrina Alarcón Velasco. Pág. 6. Disponible: [http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/2020/11/Boletin\\_Noviembre\\_2020.pdf](http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/2020/11/Boletin_Noviembre_2020.pdf)
25. Mateo Lizarbe S. Grupo de Vigilancia epidemiológica de EDAS-IRA-SGB. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - Minsa. Perfil clínico-epidemiológico del Síndrome de Guillain Barré en el Perú: Un análisis basado en la vigilancia epidemiológica 2018 – 2020 (semestre I) Pág. 454-456. Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin\\_202044.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202044.pdf)
26. Aguilar L., López M., Bernal M., Ponce G., Rivas J. Nivel de conocimientos



- acerca del proceso enfermero y la percepción de autoeficacia para su aplicación. Revista enfermería del instituto Mexicano Seguro Social, 2008; 16(1): 3-6. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2008/eim081b.pdf>
27. Tiga D., Parra D., Domínguez C. Competencias en proceso de enfermería en estudiantes de práctica clínica. Revista Cuidado. Enero-Junio 2014. Internet. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732014000100\\_002&lng=e](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732014000100_002&lng=e)
28. Elso R., Solis L. EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS. Internet. Disponible: <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/8c06b7e5-ca2940c6ab63f84959a87362/c618e862-974d-4faf-809366eae984e3da/TRABAJO CONGRESO GRAFICA AJUSTADA.pdf>
29. León C., Diagnósticos de enfermería de la NANDA 2009-2011. Internet. Disponible: <https://files.sld.cu/redenfermeria/files/2011/09/diagnosticos-de-la-nanda-2009-2011.pdf>
30. Heather Herdman T., Shigemi Kamitsuru. NANDA INTERNACIONAL, Inc. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS. Definiciones y clasificación. Undécima Edición. 2018-2020. Pág. 28. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=->



[mmhDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP&dq=definicion+de+diagnostico+segun+enfermeria+articulos+cientificos&ots=vxridVn20&sig=HsNTSRU3MUUgweTrs7DR5Q1Cjw#v=onepage&q&f=fals](https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf)

31. Reina G., Nadia Carolina (2010) EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. Umbral Científico. pág. 18-23. Internet. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>
  
32. Obando R., “COMPENDIO DE GUÍAS DE INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES”. Oficina General de Defensa Nacional Perú - 2006. Internet. Disponible:  
[http://www.irennorte.gob.pe/pdf/normatividad/documentos\\_normativos/MI\\_NSA/GUIA](http://www.irennorte.gob.pe/pdf/normatividad/documentos_normativos/MI_NSA/GUIA)
  
33. Moorhead S, Jonson M, Maas M, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ta ed. Madrid: Elsevier España; 2013. Internet. Disponible en:  
[https://www.academia.edu/41717260/Clasificaci%C3%B3n\\_de\\_Resultados\\_de\\_Enfermer%C3%ADa\\_NOC\\_Medici%C3%B3n\\_de\\_Resultados\\_en\\_Salud\\_Sue\\_Moor](https://www.academia.edu/41717260/Clasificaci%C3%B3n_de_Resultados_de_Enfermer%C3%ADa_NOC_Medici%C3%B3n_de_Resultados_en_Salud_Sue_Moor)
  
34. Hernández L., Graña M., González L., Santana M., Miranda A. Plan de cuidados de Enfermería estandarizado para asesoramiento genético de embarazadas con alfafetoproteína alterada en Caibarién. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2016 [citado 7 May 2018];32(3):[aprox. 9 p.].



Disponible

en:

<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1330>

35. Salusplay. Material Didáctico. APUNTES DE METODOLOGÍA Y TERMINOLOGÍA NANDA-NOC-NIC. Tema 6. Etapas de Ejecución. Disponible:<https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-de-metodologia-y-terminologia-nanda-noc-nic/tema-6-etapa-de-ejecucion>
36. Mitja Costa Jordi. (abril 2019). Proceso de atención de enfermería. Enfermería-blog. Disponible en: <https://enfermeriablog.com/contacto/>
37. Millán L., Casasnovas R., Lorenzo I., et al. España. 27 de marzo de 2020. “Cuidados de enfermería en un Guillain Barré. A propósito de un caso”. Disponible: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-en-un-guillain-barre-a-propósito-de-un-caso/>
38. Brito K., Vásquez T. “Proceso de atención de enfermería aplicado en paciente con Síndrome de Guillain Barré”. Universidad Técnica de Machala. Ecuador.2019.Disponible:[http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/14751/1/T-3386 BRITO%20GUAMAN%20KARLA%20MARIAN.pdf](http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/14751/1/T-3386_BRITO%20GUAMAN%20KARLA%20MARIAN.pdf)
39. Insuasty L., Ramón M., Duval L. “Cuidados de enfermería en pacientes con Síndrome de Guillain Barré”. Ecuador. 2018. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/5600>



40. Andrade S., Lazo Z., Trabaj O. “Validación de una guía de intervención de enfermería según la teoría de Dorothea Orem en el paciente con síndrome de guillain barré durante la fase aguda - Unidad de cuidados intensivos de un hospital”. Lima. 2019. Disponible en: [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/5012/Validacion\\_Andrade\\_Zuniga\\_Sonia.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/5012/Validacion_Andrade_Zuniga_Sonia.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
41. Arenas V. “Cuidados de enfermería al paciente con síndrome de guillain barré hospitalizado en UCI Hospital Regional Cusco 2017”. Arequipa. 2018. Internet. Disponible: [http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/6935/ENS\\_arvav.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/6935/ENS_arvav.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
42. Ojeda M. “Plan de cuidados de enfermería a paciente con enfermedad autoinmune Síndrome de Guillain Barré”. Lima. 2017. Internet. Disponible: <http://investigacion.uninorte.edu.py/wp-content/uploads/2018/07/v0601-a02.pdf>
43. Vives O., Valle M. “Proceso de atención de enfermería a un paciente con un síndrome de guillain barré en la unidad de cuidados intensivos II del Hospital Abel Santa Maria Cuadrado”. Cuba. 2017. Internet. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos91/proceso-atencion-enfermeria-paciente-sindrome-guillan-barre/proceso-atencion-enfermeria-paciente-sindrome-guillan-barre>
44. Alabau I. “Sistema nervioso periférico: funciones y partes” Psicología Online. Publicado el 10 de septiembre de 2019. Internet. Disponible en:



<https://www.psicologia-online.com/sistema-nervioso-periferico-funciones-y-partes-4702.html>

45. Arenas V. “Cuidados de enfermería al paciente con síndrome de guillain barré hospitalizado en UCI Hospital Regional Cusco 2017”. Arequipa. 2018. Internet. Disponible en:  
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/6935/ENSarvav.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
46. Ojeda M. “Plan de cuidados de enfermería a paciente con enfermedad autoinmune Síndrome de Guillain Barré”. Lima. 2017. Internet. Disponible:  
<http://investigacion.uninorte.edu.py/wp-content/uploads/2018/07/v0601-a02.pdf>
47. Vives O., Valle M. “Proceso de atención de enfermería a un paciente con un síndrome de guillain barré en la unidad de cuidados intensivos II del Hospital Abel Santa Maria Cuadrado”. Cuba. 2017. Internet. Disponible en:  
<https://www.monografias.com/trabajos91/proceso-atencion-enfermeria-paciente-sindrome-guillan-barre/proceso-atencion-enfermeria-paciente-sindrome-guillan-barre>
48. Alabau I. “Sistema nervioso periférico: funciones y partes” Psicología Online. Publicado el 10 de septiembre de 2019. Internet. Disponible en:  
<https://www.psicologia-online.com/sistema-nervioso-periferico-funciones-y-partes-4702.html>



49. Méndez J., Molina J. “Cartas al director 3 - Síndrome de guillain barré tras infección de por Virus Epstein Barr”. Francia, Madrid. 2002. Internet. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n5/carta3.pdf>
50. Pachas P, Donaires F, Gavilán RG, Quino W, Vidal M, Cabezas C, *et al.* Agentes infecciosos en muestras biológicas de pacientes con síndrome de Guillain-Barré en Perú, 2018-2019. Revista Médica Salud Pública, Perú. 2020;37(4):681-8. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.374.5169>.
51. Ruiz M., Gil A., Millán S., Espeleta N. “Plan de cuidados de enfermería en un paciente con posible Guillain Barré”. Zaragoza, España. 2021. Disponible en: <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-un-paciente-con-posible-guillain-barre/>
52. Millán L., Casasnovas R., Lorenzo I., et al., “Cuidados de enfermería en un Guillain Barré”. España. Publicado 27 de marzo del 2020. Internet. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-en-un-guillain-barre-a-propósito-de-un-caso>
53. Centros para el control y la prevención de enfermedades, centro nacional de vacunación y enfermedades respiratorias. El síndrome de guillain barré y la vacuna contra la influenza. Estados Unidos. 2015. Internet. Disponible en: [https://espanol.cdc.gov/flu/prevent/guillainbarre.htm#:~:text=El%20S%C3%ADndrome%20de%20Guillain%20Barr%C3%A9%20\(SGB\)%20es%20un%20trastorno,lo%20general%20duran%20algunas%20semanas.](https://espanol.cdc.gov/flu/prevent/guillainbarre.htm#:~:text=El%20S%C3%ADndrome%20de%20Guillain%20Barr%C3%A9%20(SGB)%20es%20un%20trastorno,lo%20general%20duran%20algunas%20semanas.)



54. Gutiérrez C. Síndrome de Guillain Barré como manifestación paraneoplásica de linfoma no Hodgkin. Revista Mexicana de Neurociencia. México. 2018. Internet. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2008/rmn0831.pdf>



## ANEXOS



ANEXO N° 1

HOJA DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE PRESENTAR U.P.P.

Apellidos Nombre:		
Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo:
Fecha de ingreso:	Días de hospitalización:	
Lugar de procedencia:	N° de habitación:	

1) Identificación de factores de riesgo:

Pérdida de sensibilidad: ( ) Malnutrición: ( )  
 Alteraciones circulatorias: ( ) Sonda naso gástrico: ( )  
 Fiebre: ( ) Deshidratación: ( )  
 Anemia: ( ) Edema: ( )  
 Sonda vesical: ( )  
 Parálisis, paresia o inmovilidad por algún dispositivo restrictivo: ( )  
 Enfermedad crónica. Especificar: \_\_\_\_\_  
 Presencia de úlceras previas. Localización \_\_\_\_\_

TOTAL FACTORES DE RIESGO: .....

2) Valoración según la escala de Norton modificada por la R.A.M.

ESTADO FÍSICO GENERAL	4 Bueno	3 Mediano	2 Regular	1 Muy malo
ESTADO MENTAL	4 Alerta	3 Apático	2 Confuso	1 Estuporoso Comatoso
ACTIVIDAD	4 Ambulante	3 Disminuida	2 Muy limitada	1 Inmóvil
MOVILIDAD	4 Total	3 Camina con ayuda	2 Sentado	1 Encamado
INCONTINENCIA	4 Ninguna	3 Ocasional	2 Urinaria o fecal	1 Urinaria y fecal



PUNTUACIÓN ESCALA NORTON:

3) Puntuación total:

Puntuación Escala de Norton – Total factores de riesgo / 3 = .....

4) Clasificación del riesgo de presentar U.P.P.

- Puntuación de 5 a 9..... \* Riesgo muy alto
- Puntuación de 10 a 12..... \* Riesgo alto
- Puntuación de 13 a 14..... \* Riesgo medio
- Puntuación mayor de 14..... \* Riesgo mínimo / no riesgo





## **GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS**

### **DEFINICIÓN:**

Se trata de una neuritis autoinmune con progreso rápido, presentando síntomas después de una exposición viral o bacteriana; donde el sistema inmune causa daño a las estructuras que forman el sistema nervioso periférico ya que genera anticuerpos autoinmunes. (1,3,14)

### **ETIOLOGÍA**

Se desconoce la procedencia del síndrome de Guillain Barré, aunque un 50 - 70% de los casos tienen historia previa de 1 - 2 semanas de infección, ya sea viral o bacteriana y en escasos casos se presenta la enfermedad después de una inmunización, linfoma encontrado recientemente o exposición a toxinas u otro estímulo las cuales provocan respuesta autoinmune contra los nervios periféricos y las raíces nerviosas. (4)

### **EPIDEMIOLOGÍA**

En Norteamérica y en Europa es habitual que se enfermen personas adultas y se incrementa el riesgo con la edad, se registra que la incidencia por año se encuentra en un 0.4 y 4.0 por cada 100,000 personas por año, diversas investigaciones apuntan que los hombres son más afectados a comparación de las mujeres (2)

Durante el mes de abril del año 2015 hasta marzo del 2016 fueron reportados alrededor de 160,000 casos relacionados al zika en 7 naciones de América, se dieron en el mismo tiempo el acrecentamiento de la enfermedad SGB que fue asociada a lugares tropicales. (4,5,6)

A nivel local en el Hospital Nacional Cayetano, en el año 2019, hubo 1021



pacientes que fueron diagnosticados con síndrome de guillain barré con 28 defunciones sin considerar sexo, ni edad etaria. Predominando según género el sexo masculino con 624 casos y según grupo etario: se presentó 509 casos en la etapa adulta comprendidos desde los 30 hasta los 59 años y en mayor número de defunciones según edad, se dio en la etapa de adulto mayor comprendidos de 60 años a más, con 14 defunciones. (8)

En el año 2020 se presentaron 22 pacientes con síndrome de guillain barré, de los cuales 21 casos fueron confirmados y 1 caso fue descartado. Quedando en el noveno lugar en el rango de enfermedades atendidas y casos notificados según tipo de diagnóstico. (8)

En el 2018, en la región de Puno se notificaron 2 casos de síndrome de Guillain Barré, 1 caso en el año 2019 y 1 caso en el año 2020; con una incidencia por 100 mil habitantes de 0.07 - 0.14 % de casos. (9)

## **FISIOPATOLOGÍA**

- Este padecimiento es frecuente en personas con susceptibilidad genética y agentes causales que producen respuesta inmune anómala. Donde nuestro sistema inmune ataca al propio cuerpo, comúnmente el sistema inmunológico ataca lo que no reconoce como propio. En este caso la respuesta inmune daña la mielina (encargada de proteger al axón y acelerar la transmisión nerviosa) exponiendo a los axones (células nerviosas delgadas y largas encargadas de transmitir señales nerviosas).
- Al dañar el recubrimiento de la mielina los músculos pierden capacidad para responder a movimientos voluntarios. Y si sigue habiendo avance en la lesión el cerebro recibe menos información motora como sensorial, interrumpiendo la



transmisión y la realización de funciones involuntarias como la respiración, se vuelve de importancia vital detectarla a tiempo.

- Al inicio existe sensación de cosquilleo nervioso y debilidad muscular en manos y pies, avanzando a la parte superior. Diversos estudios destacan el hecho de que este padecimiento es precedido por una infección viral o bacteriana donde el patógeno se oculta dentro de las células o altera a nivel celular los linfocitos provocando que nuestro sistema inmune no pueda discriminar entre células propias y células extrañas. (43)
- Existen varios subtipos del síndrome de guillain barré, en un 90% de casos se presenta la forma clásica del síndrome de guillain barré denominada polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda, donde se observa invasión macrofágica que daña la mielina y las células de Schwann, no existe patogénesis específica, ni biomarcadores de anticuerpos para detectar esta variedad. Solo se tiene como constante que la persona afectada tuvo una infección viral o bacteriana días antes de iniciar sintomatología motora. (6,9)
- La neuropatía motora axonal aguda, se trata de un subtipo del trastorno de guillain barré a la cual se le asocia regularmente a la bacteria campylobacter jejuni ya que su semejanza estructural es igual a la superficie del axón y los lipo-oligosacáridos en la superficie del campylobacter jejuni causa que los anticuerpos ataquen a los gangliósidos (GM1 y GD1a) de la membrana neural, por el mimetismo molecular entre microbios y moléculas de superficie del axón, creando anticuerpos de inmunoglobulina M que es el primer anticuerpo generado para combatir una



infección. La contestación se realiza mediante las inmunoglobulinas que son subclases inmunoglobulina G1 e inmunoglobulina G3 que son encargadas de activar los complementos, reúnen macrófagos y almacenan complejos en la membrana del axón. (14)

- La neuropatía sensitivo-motora axonal aguda, un subtipo caracterizado por la sintomatología sensorial, debilidad distal, pérdida de reflejos tendinosos profundos. En exámenes electrofisiológicos se muestra la velocidad de los impulsos nerviosos lentos y una reducción de acción muscular y sensorial. No hay estudios recientes para describir la fisiopatología y no existen biomarcadores conocidos. (14)
- El síndrome de Miller - Fisher, un subtipo de este padecimiento con una sintomatología caracterizada por afectación motora desde la cabeza hacia los pies; activa el anticuerpo IgG que afecta al gangliósido GQ1B que se encuentra en la zona ocular, lo que formula principalmente, parálisis ocular, movimientos voluntarios descoordinados y ausencia de reflejos al recibir estímulo externo. (14)

## **FACTORES DE RIESGO**

- Infección viral o bacteriana reciente en el tracto digestivo o respiratorio. (15)
- Inmunización con vacuna Influenza, en el orden de uno o dos casos por cada millón de dosis. (16)
- Toxicidad por drogas, por altas dosis de citarabina a consecuencia del tratamiento sometido una paciente para su trasplante de médula ósea. (17)
- Linfomas, existiendo estudios confirmando el 3% de los casos de este síndrome



como enfermedad predispuesta a personas con linfoma no Hodgkin. (17)

- Cirugía, una pequeña parte, un 3% de los casos aparece 1-4 semanas después de una intervención quirúrgica principalmente si existe inmunidad nula; además puede ocurrir posterior a una anestesia espinal. Estos casos son extremadamente raros. (17)
- Sin embargo, sigue siendo desconocida la causa de este síndrome. (18)

## **SIGNOS Y SÍNTOMAS**

- Parestesias: Conjunto de sensaciones anormales de cosquilleo, sensación de hormigueo o dolor tipo punzante.
- Debilidad simétrica ascendente: Inicia desde miembros inferiores y va subiendo hacia miembros superiores. Excepto en la variante de Miller Fisher, que inicia desde cabeza hacia pies (ataxia, oftalmoplejía y arreflexia).
- Arreflexia: Es la ausencia de reflejos o movimientos involuntarios que se realizan al recibir un estímulo.
- Síntomas de emergencia: dificultad para deglutir, babeo y dificultad respiratoria, incapacidad para respirar profundamente. (19)

## **DIAGNÓSTICO**

Datos clínicos que apoyan enérgicamente el análisis en orden de importancia:

- Progresión el inicio de unos días a 4 semanas
- Referente simetría
- Variaciones sensoriales leves
- Compromiso de pares craneales incluyendo el facial



- La recuperación se inicia de 2 a 4 semanas luego de detenerse la progresión.
- Disfunción corporal: alteración en la frecuencia cardiaca, temperatura, sudoración.
- Disfunción vegetativa (problemas de equilibrio, coordinación, mareos, náuseas y vértigo). Pero no pierde control esfinteriano.
- Una vez adquirido el síndrome ausencia de fiebre

#### Estudio del líquido cefalorraquídeo

- Las proteínas son elevadas luego de una semana.
- Menor de 10 linfocitos /mm<sup>3</sup>.

#### Exámenes electrofisiológicos

- Dirección nerviosa lenta
- Latencias distales prolongadas
- Réplicas tardías anormales

#### **COMPLICACIONES**

- Déficit neurológico permanente (Déficit motor).
- Distrés respiratorio agudo.
- Neumonía nosocomial.
- Broncoaspiración.
- Tromboembolismo pulmonar.



- Trombosis venosa profunda.
- Úlceras por presión.
- Paro cardiorrespiratorio. (22)



## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1º Diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz (00032) R/C disfunción neuromuscular de la musculatura respiratoria: proceso desmielinizante E/P taquipnea y saturación de oxígeno disminuido.

2º Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física (00085) R/C afección neuromuscular M/P pérdida de la habilidad para pasar de decúbito lateral derecho a decúbito lateral izquierdo y viceversa; "deslizarse" o cambiar de posición en la cama.

3º Diagnóstico: Déficit de autocuidado: alimentación (00102) R/C pérdida neuromuscular M/P discapacidad para tomar los alimentos con los utensilios.

4º Diagnóstico: Déficit de autocuidado: baño (00108) R/C pérdida neuromuscular M/P discapacidad para mover el cuerpo.

5º Diagnóstico: Trastorno del patrón del sueño (00198) R/C factores externos: ruidos e iluminación E/P manifestación de incomodidad por el paciente.

6º Diagnóstico: Dolor agudo (00132) R/C agente lesivo físico E/P manifestación del paciente.

7º Diagnóstico: Riesgo de caídas (00155) R/C pérdida de la movilidad física.

8º Diagnóstico: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047) R/C estabilidad física secundario a trastorno neuromuscular.

---

## OBJETIVO

- Estandarizar el cuidado enfermero en forma integral, oportuna y segura en pacientes adultos con diagnóstico de Síndrome de Guillain Barré.
- Homogeneizar cuidados de enfermería que permita mejorar su estado de salud y



disminuir complicaciones. (23)

### **POBLACIÓN OBJETIVO**

- Pacientes adultos hospitalizados en Emergencias.

### **PERSONA RESPONSABLE**

- Licenciada en Enfermería.

### **GRADO DE DEPENDENCIA**

- Grado III

## PLAN DE CUIDADOS

<b>1. Patrón respiratorio ineficaz (00032) R/C disfunción neuromuscular de los músculos respiratorios; proceso desmielinizante:</b> Consiste en una alteración de la inspiración o de la espiración que imposibilita una ventilación adecuada..			
<b>Características definitorias</b>	<b>Factores relacionados</b>	<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aleteo nasal</li> <li>- Alteración de los movimientos torácicos</li> <li>- Aumento del diámetro anteroposterior del tórax</li> <li>- Bradipnea</li> <li>- Continuación de las fases espiratorias.</li> <li>- Disminución de la capacidad vital</li> <li>- Disminución de la presión espiratoria</li> <li>- Disminución de la presión inspiratoria</li> <li>- Disminución de la ventilación por minuto</li> <li>- Disnea</li> <li>- Falta de aliento.</li> <li>- Fase espiratoria prolongada</li> <li>- Modelo respiratorio anormal</li> <li>- Ortopnea</li> <li>- Respiración con los labios fruncidos</li> <li>- Taquipnea</li> <li>- Empleo de los músculos respiratorios accesorios para respirar.</li> <li>- Frecuencias respiratorias: Adultos &lt; 11 o &gt; 24. Lactantes &lt; 25 o &gt; 60. Niños de 1 a 4 años &lt; 20 o &gt; 30. Niños de 5 a 14 años &lt; 15 o &gt; 25.</li> <li>- Capacidad respiratoria: Adultos Volumen Tidal: 500 ml en reposo. Niños Volumen Tidal: 6-8 ml/kg de peso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perturbaciones de percepción o cognitivos.</li> <li>- Disfunción neuromuscular.</li> <li>- Perturbación musculoesqueléticas.</li> <li>- Deformidad de la pared torácica.</li> <li>- Enfermedad ósea.</li> <li>- Síndrome de hipoventilación.</li> <li>- Disminución de la relación energía/fatiga.</li> <li>- Hiperventilación.</li> <li>- Dolencia.</li> <li>- Ansiedad.</li> <li>- Lesión de la médula espinal.</li> <li>- Agotamiento de los músculos respiratorios.</li> <li>- Obesidad.</li> <li>- Inmadurez neurológica.</li> <li>- Posición corporal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado de signos vitales.</li> <li>- Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.</li> <li>- Estado respiratorio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorización de los signos vitales.</li> <li>- Monitorización respiratoria.</li> <li>- Aspiración de las vías aéreas.</li> <li>- Manejo de las vías aéreas.</li> <li>- Ayuda a la ventilación.</li> </ul>

**2. Deterioro de la movilidad física (00085) R/C afección neuromuscular.** El deterioro del movimiento físico es el estado en que existe una restricción de la movilidad física independiente e intencionada..

Características definitorias	Factores relacionados	NOC	NIC
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inseguridad postural durante la realización de las actividades habituales de la vida diaria.</li> <li>- Restricción de las destrezas motoras.</li> <li>- Movimientos descoordinados o espasmódicos.</li> <li>- Limitación de la gama de movimientos.</li> <li>- Problema para girarse en la cama.</li> <li>- Disminución del tiempo de reacción.</li> <li>- Cambios en la deambulación (disminución de la marcha y velocidad, dificultad para iniciar el paso, pasos cortos, arrastre de pies, balanceo postural exagerado).</li> <li>- Buscar alternativas al movimiento (conducta de control).</li> <li>- Enlentecimiento del movimiento y temblor inducido por éste.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efectos secundarios de medicamentos.</li> <li>- Depresión o ansiedad.</li> <li>- Deterioro sensitivo y motor.</li> <li>- Prescripción de restricción de movimientos.</li> <li>- Desconocimiento de la importancia de la actividad física.</li> <li>- Índice del peso corporal superior al percentil 75 para la edad.</li> <li>- Trastorno musculoesquelético.</li> <li>- Sedentarismo.</li> <li>- Desnutrición.</li> <li>- Molestia o dolor.</li> <li>- Disminución de la fuerza, control o masa muscular.</li> <li>- Pérdida de integridad de las estructuras óseas.</li> <li>- Retraso del desarrollo.</li> <li>- Falta de apoyo físico o social.</li> <li>- Rigidez o contracturas articulares.</li> <li>- Limitación de la resistencia cardiovascular.</li> <li>- Alteración del metabolismo.</li> <li>- Costumbres culturales respecto a la actividad adecuada para la edad.</li> <li>- Deterioro cognitivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deambulación: silla de ruedas.</li> <li>- Movimiento articular: activo.</li> <li>- Nivel de movilidad.</li> <li>- Realización del traslado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambios de posturas.</li> <li>- Fomento del ejercicio: entrenamiento de extensión.</li> <li>- Terapia de ejercicios: movilidad articular.</li> <li>- Terapia de ejercicios: control muscular.</li> <li>- Terapia de ejercicios: deambulación.</li> <li>- Terapia de ejercicios: equilibrio.</li> </ul>

**3. Déficit de autocuidado: alimentación (00102) R/C deterioro neuromuscular:** Etapa en que el individuo muestra un deterioro en la capacidad para realizar o completar las acciones necesarias para su alimentación de manera independiente y eficaz.

Características definitorias	Factores relacionados	NOC	NIC
<p><b>Incapacidad para:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingerir los alimentos.</li> <li>- Prepararlos para su ingestión.</li> <li>- Manipular los utensilios.</li> <li>- Masticar la comida.</li> <li>- Usar dispositivos de ayuda.</li> <li>- Agarrar los alimentos con los utensilios.</li> <li>- Abrir los recipientes.</li> <li>- Pasar los alimentos de forma segura.</li> <li>- Agitar los alimentos en la boca.</li> <li>- Llevar los alimentos de un receptáculo a la boca.</li> <li>- Completar una comida.</li> <li>- Ingerir los alimentos de forma socialmente aceptable.</li> <li>- Tomar la taza o el vaso.</li> <li>- Ingerir alimentos suficientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cansancio o debilidad.</li> <li>- Ansiedad grave.</li> <li>- Deterioro neuromuscular.</li> <li>- Dolencia.</li> <li>- Deterioro perceptual o cognitivo.</li> <li>- Molestias</li> <li>- Barreras ambientales.</li> <li>- Disminución o falta de motivación.</li> <li>- Deterioro musculoesquelético.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidados personales: actividades de la vida diaria.</li> <li>- Cuidados personales: comer.</li> <li>- Etapa de deglución: vigilar ingesta.</li> <li>- Etapa nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos..</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asistencia con los autocuidados: alimentación.</li> <li>- Terapia de deglución.</li> <li>- Alimentación.</li> <li>- Consejo nutricional.</li> <li>- Manejo de la nutrición.</li> <li>- Monitorización nutricional.</li> </ul>

**4. Déficit de autocuidado: baño (00108) R/C deterioro neuromuscular:** Etapa en que la persona muestra una incapacidad para realizar por sí mismo las actividades de baño e higiene.

Características definitorias	Factores relacionados	NOC	NIC
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problema para adquirir artículos de baño y limpieza.</li> <li>- Incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo.</li> <li>- Problemas para obtener agua o para llegar a una fuente.</li> <li>- Incapacidad para regular la temperatura y el flujo del agua.</li> <li>- Incapacidad para secarse el cuerpo.</li> <li>- Problema para entrar y salir del baño.</li> </ul> <p><b>Factores de riesgo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Malestar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta o disminución de motivación.</li> <li>- Cansancio o debilidad.</li> <li>- Angustia severa.</li> <li>- Dificultad para percibir una parte corporal o la relación espacial.</li> <li>- Deterioro perceptual o cognitivo.</li> <li>- Dolencia.</li> <li>- Deterioro neuromuscular y musculoesquelético.</li> <li>- Barreras ambientales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidados personales.</li> <li>- Cuidados personales: baño.</li> <li>- Cuidados personales: higiene.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asistencia con los autocuidados: baño/higiene.</li> <li>- Educación para la salud.</li> </ul>

**5. Trastorno del modelo del sueño (00198) R/C factores externos: ruidos e iluminación:** Complicaciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.

Características definitorias	Factores relacionados	NOC	NIC
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambio en el patrón normal del sueño.</li> <li>- Aquejamiento de la falta de descanso.</li> <li>- Insatisfacción con el sueño.</li> <li>- Disminución de la capacidad para funcionar.</li> <li>- Informes de haberse despertado.</li> <li>- Informes de no tener dificultad para conciliar el sueño.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temperatura ambiental, humedad.</li> <li>- Cambio en la exposición a la luz diurna-oscuridad.</li> <li>- Interrupciones (ej.: administración de terapias, control, pruebas de laboratorio).</li> <li>- Responsabilidades como cuidador.</li> <li>- Falta de intimidad/control del sueño.</li> <li>- Iluminación.</li> <li>- Sonidos.</li> <li>- Olores dañinos.</li> <li>- Paralizaciones físicas.</li> <li>- Compañero de sueño.</li> <li>- Mobiliario desconocido en el dormitorio..</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bienestar.</li> <li>- Descanso.</li> <li>- Sueño.</li> <li>- Preservación de la energía.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento del afrontamiento.</li> <li>- Provocar el sueño.</li> <li>- Manejo de energía.</li> <li>- Control ambiental: confort.</li> <li>- Educación sanitaria.</li> <li>- Manejo nutricional.</li> <li>- Ejercicios de relajación</li> </ul>

### 6. Dolor agudo (00132) R/C agente lesivo físico.

Dolor agudo hace referencia a una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, de inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses.

Características definitorias Subjetivas	Características definitorias Objetivas	NOC	NIC
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas de valoración del dolor.</li> <li>- Autoinforme de las características del dolor usando un instrumento estandarizado de valoración del dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambio en parámetros fisiológicos</li> <li>- Cambio en el apetito y en la ingesta.</li> <li>- Conducta de distracción (gemidos, llanto, paseos, buscar a otras personas, realización de actividades).</li> <li>- Conducta de protección</li> <li>- Cambios en la postura (antiálgica) o en la marcha.</li> <li>- Conducta defensiva</li> <li>- Tocarse la zona dolorida.</li> <li>- Cambios en la postura (antiálgica) o en la marcha.</li> <li>- Conducta expresiva (llantos, suspiros, irritabilidad, agitación, estado de alerta, gemidos).</li> <li>- Desaliento</li> <li>- Traspiración</li> <li>- Dilatación pupilar</li> <li>- Estrechamiento del foco de atención</li> <li>- Evidencia de dolor al usar una lista de verificación estandarizada de dolor en aquellos que no se pueden comunicar verbalmente</li> <li>- Expresión facial de dolor</li> <li>- Expresión verbal y gesticular de dolor.</li> <li>- Informes de personas próximas sobre cambios en conductas de dolor/cambios de actividades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demostrar técnicas de relajación individualizadas eficaces para lograr la comodidad</li> <li>- Mantener un nivel de dolor en (especificar) o menor (en una escala de 0 a 10)</li> <li>- Manifestar un estado de bienestar físico y psicológico</li> <li>- Reconocer los factores causales y aplicar medidas para modificarlos</li> <li>- Reportar dolor al proveedor de cuidados de salud</li> <li>- Emplear adecuadamente medidas analgésicas y no analgésicas</li> <li>- No experimentar problemas en el ritmo respiratorio, la frecuencia cardíaca o la tensión arterial</li> <li>- Conservar un buen apetito</li> <li>- Reportar que duerme bien</li> <li>- Manifestar la capacidad para mantener su desempeño del rol y las relaciones interpersonales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administración de analgésicos prescritos para reducir dolor.</li> <li>- Facilitar posición más cómoda por el paciente para disminuir su dolor.</li> <li>- Manejo de la sedación en caso de entubación para ventilación mecánica.</li> <li>- Controlar si el dolor disminuyo o se alivio después de administrado el tratamiento prescrito.</li> <li>- Realizar vigilancia de signos de alarma: usando la recolección, interpretación y síntesis de datos del paciente, para tomar decisiones clínicas.</li> </ul>

7. Peligro de caídas (00155) R/C deterioro del movimiento físico. Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.			
Factores de riesgo Externos (Ambientales)	Factores de riesgo Internos (Individuales)	NOC	NIC
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia de caídas.</li> <li>- Uso de silla de ruedas.</li> <li>- Mujer (si es anciana).</li> <li>- Edad igual o superior a los 65 años.</li> <li>- Vivir solo.</li> <li>- Prótesis en las extremidades inferiores.</li> <li>- Uso de equipos de ayuda (p. ejm., andador, bastón).</li> </ul> <p><b>Ambientales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sujeciones.</li> <li>- Condiciones climatológicas (calles húmedas, hielo).</li> <li>- Alfombras.</li> <li>- Habitación desconocida, débilmente iluminada.</li> <li>- Entorno desordenado.</li> <li>- Falta de material antideslizante en la bañera o ducha.</li> </ul> <p><b>En niños</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad inferior a 2 años.</li> <li>- Sexo varón cuando tiene menos de 1 año.</li> <li>- Ausencia de barandilla de protección en las escaleras.</li> <li>- Colocación de la cama cerca de la ventana.</li> <li>- Falta de auto sujeciones.</li> <li>- Falta de protección en las ventanas.</li> <li>- Dejar solo al niño en la cama, en la mesa para vestirlo, en el sofá.</li> <li>- Falta de supervisión parental.</li> </ul>	<p><b>Fisiológicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad aguda.</li> <li>- Estados postoperatorios.</li> <li>- Problemas visuales.</li> <li>- Problemas auditivos.</li> <li>- Artritis.</li> <li>- Hipotensión ortostática.</li> <li>- Insomnio.</li> <li>- Mareos al girar o extender el cuello.</li> <li>- Anemia.</li> <li>- Neoplasmas (es decir, fatiga, limitación de la movilidad).</li> <li>- Urgencia o incontinencia urinaria.</li> <li>- Diarrea.</li> <li>- Enfermedad vascular.</li> <li>- Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores.</li> <li>- Cambios de glucosa posprandial.</li> <li>- Deterioro de la movilidad física.</li> <li>- Alteración del equilibrio.</li> <li>- Dificultades en los pies.</li> <li>- Dificultad en la marcha.</li> <li>- Déficits propioceptivos (p. ej., desatención unilateral).</li> <li>- Neuropatía.</li> </ul> <p><b>Cognitivos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteración del estado mental (confusión, delirio, demencia, deterioro en la percepción de la realidad).</li> </ul> <p><b>Medicamentosos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agentes antihipertensivos.</li> <li>- Diuréticos.</li> <li>- Hipnóticos o tranquilizantes</li> <li>- Antidepresivos.</li> <li>- Ansiolíticos.</li> <li>- Consumo de alcohol.</li> <li>- Narcóticos.</li> </ul>	<p>Conducta de prevención de caídas.</p> <p>Equilibrio.</p> <p>Nivel de movilidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo ambiental: seguridad.</li> <li>- Prevención de caídas.</li> <li>- Vigilancia.</li> <li>- Progreso de la comunicación: déficit auditivo.</li> <li>- Progreso de la comunicación: déficit visual.</li> <li>- Manejo de la medicación.</li> <li>- Informe de incidencias.</li> <li>- Fomento de la implicación familiar.</li> </ul>



<b>8. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047) R/C inmovilidad física secundario a trastorno neuromuscular.</b> Estado en que la piel del individuo corre el peligro de sufrir una alteración.			
<b>Factores de riesgo Externos (ambientales)</b>	<b>INTERNOS (INDIVIDUALES)</b>	<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Sustancias químicas irritantes.</li><li>- Excreciones o secreciones corporales.</li><li>- Factores mecánicos (presión, cizallamiento, sujeción).</li><li>- Inmovilización física.</li><li>- Humedad.</li><li>- Radiaciones.</li><li>- Hipotermia o hipertermia.</li><li>- Extremos de edad.</li></ul> (23)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Alteración del estado nutricional.</li><li>- Alteraciones metabólicas.</li><li>- Alteraciones sensoriales.</li><li>- Factores de desarrollo.</li><li>- Prominencias óseas.</li><li>- Medicamentos.</li><li>- Factores psicogénicos.</li><li>- Factores inmunológicos.</li><li>- Alteración de la circulación.</li><li>- Cambios de la elasticidad de la piel.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Integridad tisular: piel, membranas y mucosas.</li><li>- Control del riesgo.</li><li>- Hidratación.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Prevención de las UPPS.</li><li>- Vigilancia de la piel.</li><li>- Cambios de posición.</li><li>- Fomento del ejercicio.</li><li>- Manejo de las presiones.</li><li>- Cuidados de la incontinencia intestinal.</li><li>- Terapia nutricional.</li><li>- Precauciones circulatorias.</li><li>- Informe de incidencias. (23)</li></ul>



## BIBLIOGRAFÍA

1. Gavilán R, Escalante-Maldonado O, Vences-Rosales F, Vidal-Anzardo M, Miraval Toledo M. Reporte especial. Investigación de laboratorio de los casos de síndrome de Guillain-Barré en el Perú. Bol Inst Nac Salud. 2019;25 (7-8):93-98. Disponible en: <file:///home/chronos/u7b1551b9d00d69ade5dd6a5551bc381bc69cb4bf/MyFiles/Downloads/Investigacion-de-laboratorio-de-los-casos-de-Sindorme-de-Guillain-Barre.pdf>  
<file:///home/chronos/u7b1551b9d00d69ade5dd6a5551bc381bc69cb4bf/MyFiles/Downloads/Investigacion-de-laboratorio-de-los-casos-de-Sindorme-de-Guillain-Barre.pdf>
2. Mazeti Soler Pilar. Neuropatías Inflammatorias: Síndrome de Guillain- Barré. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Julio 2018.
3. Lestayo F., Hernández L., Organización Panamericana de la Salud. Boletín Informativo de Guillain-Barre. Nicaragua: Organización Panamericana de la Salud; 2016. Análisis del comportamiento del síndrome de Guillain-Barré. Consensos y discrepancias. Disponible: <http://www.neurologia.com/pdf/web/4604/z040230.pdf>
4. INCN. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del paciente con Síndrome de Guillain Barré. Guía en Versión Extensa. GPC N° 02. Perú. Junio-2018. Disponible: [file:///home/chronos/u7b1551b9d00d69ade5dd6a5551bc381bc69cb4bf/MyFiles/Downloads/RD2012018Guia\\_Guillain\\_Barre.pdf](file:///home/chronos/u7b1551b9d00d69ade5dd6a5551bc381bc69cb4bf/MyFiles/Downloads/RD2012018Guia_Guillain_Barre.pdf)
5. Epidemiología del síndrome de Guillain-barré en el Perú. / Rev. Perú Med Exp Salud Publica; 36(1): 10-16, 2019 Junio-Marzo.
6. Epidemiología del síndrome de guillain barré en el Perú. Revista Médica Peruana.



Junio 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.361.3729>

7. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Mapa de brotes y epidemias. Boletín Epidemiológico del Perú. 2019. 28(24):599. Disponible: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/24.pdf>
8. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades Situación de Guillain Barre. Perú a la SE 45-2019. Lima: Ministerio de Salud; 2019 Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/sg/2019/SGB041119.pdf>
9. Boletín epidemiológico N°5. semana 38 al 2020 Hospital Cayetano Heredia. Oficina de epidemiología y salud ambiental. Unidad de Vigilancia y control de brotes. Biólogo Nila Alejandrina Alarcón Velasco. Pág. 6. Disponible: [http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/2020/11/Boletin\\_Noviembre\\_2020.pdf](http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/2020/11/Boletin_Noviembre_2020.pdf)
10. Mateo Lizarbe S. Grupo de Vigilancia epidemiológica de EDAS-IRA-SGB. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - Minsa. Perfil clínico-epidemiológico del Síndrome de Guillain Barré en el Perú: Un análisis basado en la vigilancia epidemiológica 2018 – 2020 (semestre I) Pág. 454-456. Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin\\_202044.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202044.pdf)
11. Vives O., Valle M. “Proceso de atención de enfermería a un paciente con un síndrome de guillain barré en la unidad de cuidados intensivos II del Hospital Abel Santa Maria Cuadrado”. Cuba. 2017. Internet. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos91/proceso-atencion-enfermeria-paciente-sindrome-guillan-barre/proceso-atencion-enfermeria-paciente-sindrome-guillan-barre>
12. Zika Virus and the Guillain-Barré Syndrome- case series from Seven Countries. N Engl J Med 2016; 375(16): 1598-1601.
13. Maguiña Vargas C. Lecciones aprendidas del brote de Guillain-Barré durante el



2019. Acta Med Peru. 2019;36(3):183-4 Acta Med Peru. 2019;36(3):183-4. Internet. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-5917201900030001](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-5917201900030001)
14. León- Mansilla R, Ixquiac-Pineda G. Neuropatía axonal sensitivo motora aguda. Revista médica. Guatemala. 9 de agosto de 2021 160(2):167-9. Internet. Disponible en: <https://www.revistamedicagt.org/index.php/RevMedGuatemala/article/view/363>
15. Hanna M, Villadiego M. La administración de enfermería en el área clínica y sus implicaciones en el cuidado. Revista Colombiana de Enfermería. 2014;9:65-70. Internet. Disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n2/0124-7107-reus-20-02-00171.pdf>
16. Pachas P, Donaires F, Gavilán RG, Quino W, Vidal M, Cabezas C, *et al.* Agentes infecciosos en muestras biológicas de pacientes con síndrome de Guillain-Barré en Perú, 2018-2019. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;37(4):681-8. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.374.5169>.
17. Centros para el control y la prevención de enfermedades, centro nacional de vacunación y enfermedades respiratorias. El síndrome de guillain barré y la vacuna contra la Influenza. Estados Unidos. 2015. Internet. Disponible en: [https://espanol.cdc.gov/flu/prevent/guillainbarre.htm#:~:text=El%20S%C3%ADndrome%20de%20Guillain%20Barr%C3%A9%20\(SGB\)%20es%20un%20trastorno,lo%20genera%20durante%20algunas%20semanas](https://espanol.cdc.gov/flu/prevent/guillainbarre.htm#:~:text=El%20S%C3%ADndrome%20de%20Guillain%20Barr%C3%A9%20(SGB)%20es%20un%20trastorno,lo%20genera%20durante%20algunas%20semanas).
18. Gutiérrez C. Síndrome de Guillain Barré como manifestación paraneoplásica de Linfoma no Hodgkin. Revista Mexicana de Neurociencia. México. 2018. Internet. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2008/rmn0831.pdf>
19. Méndez J., Molina J. “Cartas al director 3 - Síndrome de guillain barré tras infección de por Virus Epstein Barr”. Francia, Madrid. 2002. Internet. Disponible en:



<https://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n5/carta3.pdf>

20. Asti A., Sarmiento J., Vega D, Anaya J., Gershwin M., Guillain-Barré syndrome: causes, immunopathogenic mechanisms and treatment. Expert Review of Clinical Immunology. 2016 06 21;12(11):1175-1189. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/1744666x.2016.1193006>

21. Willison HJ, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain-Barré syndrome. The Lancet. 2016 08;388(10045):717- 727. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)00339-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)00339-1)

22. Guía de Intervención de enfermería-Síndrome de Guillain Barré. <https://www.incn.gob.pe/wpcontent/uploads/2020/09/233-2014-SINDROME DE GUILLAIN BARRE.pdf>

23. Diagnósticos NANDA. Blog. Internet. Disponible en: <https://www.diagnosticosnanda.com>