



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería

**TRABAJO DE TITULACIÓN**

Cuidados de enfermería en pacientes con Síndrome de Guillain Barré. Ecuador, 2018

**Autor:**

Lauro Duval Ramón Mayancha

**Tutora:**

MSc. Mayra Carola León Insuasty

**Riobamba – Ecuador**

**Año 2019**

### ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del Tribunal de Graduación de la revisión bibliográfica titulado: Cuidados de enfermería en pacientes con Síndrome de Guillain Barré. Ecuador, 2018. Presentado por: Lauro Duval Ramón Mayancha y dirigida por la Máster Mayra Carola León Insuasty. Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final de la revisión bibliográfica con fines de graduación, en la cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo.

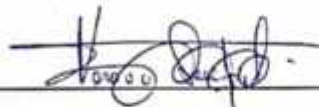
Para constancia de lo expuesto firman:

**MsC. Jimena Morales Guaraca**  
**PRESIDENTA DEL TRIBUNAL**



---

**MsC. Verónica Quishpi Lucero**  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**



---

**MsC. Susana Padilla Buñay**  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**



---

**MsC. Carola León Insuasty**  
**TUTORA**



---

## DECLARACIÓN DE TUTORÍA

Certifico la presente revisión bibliográfica previa a la obtención del Título de Licenciado de enfermería con el tema: **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE. ECUADOR 2018**, PRESENTADO por el Sr. Lauro Duval Ramón Mayancha y asesorada por MsC. Mayra Carola León Insuasty en calidad de tutora, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Es todo en cuanto puedo informar en honor a la verdad.

Atentamente;



MsC. Mayra Carola León Insuasty

## DERECHOS DE AUTORIA

“La responsabilidad del contenido de la presente revisión bibliográfica, corresponde exclusivamente a: Lauro Duval Ramón Mayancha como tutora Máster Mayra Carola León Insuasty y el patrimonio intelectual de la misma a la Universidad Nacional de Chimborazo.



---

**Lauro Duval Ramón Mayancha**

C.I: 160059843-5

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Nacional de Chimborazo por brindarme la oportunidad de formarme como profesional, a los docentes de la escuela de Enfermería en especial a la Msc Carola León por acompañamiento en el proceso de la realización de la revisión bibliográfica.

**Lauro Duval Ramón Mayancha**

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por habernos dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional y a todas las personas que han sido participes en mi trayectoria.

**Lauro Duval Ramón Mayancha**

## ÍNDICE

<b>ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL.....</b>	<b>I</b>
DECLARACION DE TUTORIA .....	II
<b>DERECHOS DE AUTORIA.....</b>	<b>III</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>IV</b>
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>V</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>VII</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>VIII</b>
<b>Capítulo I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
Historia del síndrome de Guillain Barré .....	3
Fisiopatología.....	5
Clasificación.....	5
Diagnóstico .....	7
Tratamiento .....	9
Rehabilitación .....	10
Justificación.....	11
<b>Capítulo II. METODOLOGÍA .....</b>	<b>12</b>
<b>Capítulo III. DESARROLLO .....</b>	<b>15</b>
CONCLUSIONES .....	26
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
ANEXOS.....	34

## **RESUMEN**

Los cuidados de enfermería son relevantes en el Síndrome de Guillain Barré, actualmente aún no se encuentran estandarizados, debido que es una patología de causa idiopática que aparece posterior a una infección viral o bacteriana, con una incidencia a nivel mundial de 1 a 4 casos por cada 100.000 habitantes, siendo esta patología la más frecuente de parálisis flácida aguda. El objetivo de este estudio fue sistematizar los cuidados de enfermería en pacientes con Síndrome de Guillain Barré, según el criterio de diferentes autores. La investigación es una revisión bibliográfica de carácter descriptivo que se realiza mediante la técnica de análisis documental contemplados en el periodo 2009 al 2019, para lo cual se tomó una población de 150 trabajos investigativos con una muestra real 40 artículos seleccionados, los cuales fueron citados a través de motores de búsqueda como BIREME, E-LIBRO, PubMed, PROQUEST y BOOKSMEDICOS, Google Académico, con acceso a páginas indexadas como: Scielo, MedLine, cuatro oficiales: de la Organización Mundial de La Salud (OMS), Ministerio de Salud Pública (MSP). Se concluye que los cuidados de enfermería pueden sistematizar de acuerdo a las necesidades del paciente, proyectando diagnósticos enfermeros propios de la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), para seleccionar objetivos que permitan planificar las intervenciones oportunas y eficaces para satisfacer las necesidades en Síndrome de Guillain Barré.

Palabras clave: Cuidados, enfermería, Guillain Barré.



## ABSTRACT

Nursing care is relevant in Guillain Barré Syndrome, currently they are not yet standardized, because it is a pathology of idiopathic cause that appears after a viral or bacterial infection, with a global incidence of 1 to 4 cases per every 100,000 inhabitants. This pathology being the most frequent of acute flaccid paralysis. The objective of this study was to systematize nursing care in patients with Guillan Barré syndrome, according to the criteria of different authors. The research is a bibliographical review of a descriptive nature that was made using the technique of documentary analysis contemplated in the period 2009 to 2019, for which a population of 150 research works was taken with a real sample 40 selected articles, which were cited to through search engines such as BIREME, E-BOOK, PubMed, PROQUEST and BOOKSMEDICOS, Google Scholar, with access to indexed pages such as: Scielo, MedLine, four officers: from the World Health Organization (WHO), Ministry of Public Health (MSP). It is concluded that nursing care can be systematized according to the needs of the patient, projecting nursing diagnoses typical of the Taxonomy North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), to select objectives that allow to plan timely and effective interventions to meet the needs in Syndrome by Guillain Barré.

Keywords: Care, nursing, Guillain Barré.



Translation of the abstract reviewed by PhD. Narcisa Fuertes  
Professor at Competencias Linguísticas UNACH.

## Capítulo I. INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Guillain Barré (SGB) es una enfermedad descubierta hace más de 150 años, por Landry en 1859, posteriormente en 1916 por George Guillain, Jean Alexandre Barré y Andy Strohl. Llamado también polineuritis idiopática de inicio agudo o subsecuente, trastorno en el que el sistema inmune asociado a un proceso infeccioso agrede una parte del sistema nervioso periférico, caracterizado por entumecimiento, parestesias y parálisis.<sup>(1)</sup>

A nivel mundial la incidencia de esta patología se estima entre el 0.4 y 4 casos por cada 100.000 habitantes al año, de los cuales la tasa de mortalidad es entre el 4 y el 15 %; de los pacientes que padecieron SGB, el 20% sufrió secuelas irreversibles.<sup>(2)</sup> Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la incidencia aumentó notablemente en el espacio y tiempo que apareció la infección causada por el virus del Zika siendo los países más afectados, Brasil, Colombia, Venezuela, Perú, El Salvador y la Polinesia Francesa, se evidenció además que en países como EEUU y España la incidencia de la enfermedad es mínima siendo de 0.8 a 1.9 por cada 100.000 habitantes.<sup>(3)</sup>

El inicio de este síndrome tiene una edad media de 40 años de edad siendo prevalente en los hombres que en mujeres sin importar, etnia, edad o nacionalidad. La incidencia de casos es menor en niños que oscila de 0.34 a 1.34 por cada 100.000 individuos a nivel global. En relación a la población joven el riesgo aumenta a partir de los 50 años de 1.7 a 3.3 casos por cada 100.000 personas con aumento de mortalidad y secuelas graves en adultos.<sup>(4,5)</sup>

En Ecuador según datos del Ministerio de Salud Pública (MSP), los casos de SGB presentó un incremento en el año 2013 a 2014 siendo este de 185 a 197, mientras que para el año 2015 hubo una reducción notoria del 30% de los casos.<sup>(6)</sup> A pesar de considerarse como una patología atípica o rara, las complicaciones que produce en la mayoría de personas afectadas requieren de tratamiento inmediato, cuidados intensivos, y seguimiento; lo que caracteriza a la patología como mortal, incluso en el ambiente más favorable del 3 al 5 % de los pacientes fallecen debido a complicaciones como la parálisis de los músculos respiratorios, septicemia o paro cardíaco.<sup>(7)</sup>

La presencia de parálisis flácida simétrica ascendente y pérdida sensorial leve e hipo o arreflexia, es una urgencia neurológica, que tiene una incidencia de 1 en cada 100.000 niños menores de 15 años, siendo un rango mínimo en comparación al de los adultos ya que mientras la edad avanza es propenso a adquirir este síndrome mucho más si se trata del sexo masculino.<sup>(8)</sup>

Por las complicaciones que produce este síndrome, es necesaria la actuación temprana del personal sanitario, con la finalidad de evitar un incremento en la mortalidad que causa el SGB. La complejidad de esta enfermedad conlleva a la necesidad de una planificación de enfermería con cuidado excelente y multidisciplinar, los cuales deben enfocarse a cubrir las necesidades y tener en cuenta los potenciales riesgos, es imprescindible que el equipo de enfermería también cubra el apoyo emocional al paciente y familia. <sup>(8)</sup>

Marín, Mojarro y otro colaborador mencionan en el artículo llamado plan de cuidados enfermeros en el paciente con Síndrome de Guillain Barré en una unidad de cuidados intensivos, el accionar de enfermería como central en la atención al SGB, ya que analizan los problemas, plantea y ejecuta posibles soluciones, con la finalidad de mejorar el estado de salud de la persona afectada, además busca reforzar el uso de un lenguaje común y científico que guíe el actuar de los enfermeros de manera sistemática e individualizada<sup>(8)</sup>

Desde otro punto de vista López en su tesis denominada plan de cuidados en pacientes hospitalizados con SGB que la rápida actuación del personal de enfermería y la aplicación de un plan de cuidados hospitalarios evita la aparición de complicaciones y ayuda al manejo de la ansiedad que provoca la patología por la aparición brusca de la sintomatología, además apoya la sincronización del trabajo en equipo con enfoque multidisciplinar.<sup>(9)</sup>

Cancino y otros colaboradores contribuyen que las acciones enfermeras en el SGB en el artículo intervenciones de enfermería en una persona con síndrome de Guillain-Barré tipo neuropatía axonal aguda motora, bajo la teoría de Dorothea Órem, el mismo que utilizó un estudio de campo para su desarrollo. Entre sus conclusiones los autores concuerdan en que los cuidados sanitarios tempranos y oportunos reducen la morbimortalidad en los pacientes y evita su reingreso a una casa de salud; resalta la importancia de la participación

de la familia durante el proceso de rehabilitación con el fin de mejorar la calidad de vida mediante el apoyo para el retorno a las actividades de autocuidado. <sup>(10)</sup>

Caixeiro-B manifiesta que mediante la anamnesis es posible llegar al diagnóstico de la patología recogiendo información de la historia actual de la enfermedad. Se aplica como técnica el examen físico con el objetivo de evaluar la función cerebral, los nervios craneales, la función motora y reflejos osteotendinosos. El daño de los mismos produce parestesias disminución de la fuerza muscular, algia en los miembros superiores e inferiores, hipertermia, disnea entre otras. Con esta valoración el enfermero/a tiene fundamentos de la necesidad afectada para emitir cuidados de enfermería relacionados con el SGB. <sup>(11)</sup>

Hermosin A refiere que hasta la actualidad el SGB no tiene cura, solo tratamiento que se limita a minimizar la gravedad de la enfermedad, disminuir las complicaciones, acelerar la recuperación y rehabilitación. Las intervenciones de enfermería van encaminados a seleccionar los diagnósticos enfermeros que se puedan trabajar directamente con miembros de la familia y el paciente para reducir riesgos evitando secuelas posteriores. <sup>(12)</sup>

Entre los cuidados enfermeros en el SGB como se evidencia en la literatura descrita anteriormente, es fundamental la atención oportuna con la finalidad de dar un tratamiento a tiempo para evitar secuelas y posibles complicaciones; por lo que el personal de enfermería debiera manejar un protocolo de cuidados prioritarios y estandarizados para la atención a los pacientes que padecen este síndrome.

Con la finalidad de establecer los cuidados de enfermería prioritarios en la patología descrita y estandarizarlos en un lenguaje común, a continuación se establece un marco teórico que contiene las generalidades, historia etiología, fisiopatología, clasificación, cuadro clínico, medios diagnósticos y tratamiento, pronóstico del SGB.

La historia del síndrome de Guillain Barré se remonta al año de 1859 cuando Landry describió las características clínicas de una parálisis ascendente sin amiotrofia: sin embargo fue hasta 1916 que Guillain Barré y Strohl describieron la existencia de un cuadro clínico caracterizado por una polirradiculoneuritis acompañada de disociación albuminocitológica en el examen de líquido cefalorraquídeo. En los 20 años subsecuentes

más de 30 casos fueron reportados en la literatura, siendo el mismo Guillain quien añadió diez de estos casos en un artículo que publicó en 1936; desde entonces, la entidad se conoció como síndrome de Guillain Barré.<sup>(1)</sup>

La OMS (2016) define el SGB como una enfermedad autoinmune de evolución rápida y potencialmente fatal, es auto limitada y generalmente se desencadena por un proceso infeccioso viral o bacteriano, su principal síntoma es la parálisis muscular simétrica progresiva. El Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares (NINDS por sus siglas en inglés) considera el SGB como una patología atípica que puede afectar a cualquier persona, sin embargo su incidencia predomina en el sexo masculino.<sup>(13)</sup>

El SGB es una polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda de origen idiopática, se produce cuando un microorganismo infeccioso induce a una respuesta inmunológica que afecta a la vaina de mielina de los nervios periféricos, se ha demostrado que un 60% de los pacientes refiere algún tipo de infección que pueden ser respiratoria o gastrointestinal de tipo bacteriana o viral antes de presentar los síntomas, estos inicialmente son leves y con el paso del tiempo la sintomatología se vuelve gravídica, conllevando al paciente a su fallecimiento por la parálisis de los músculos respiratorios y cardiacos.<sup>(14,15)</sup>

Las infecciones respiratorias superiores son las más frecuentes, causadas principalmente por virus conocidos como Epstein-Barr y el citomegalovirus que representa solo 6%,<sup>(4)</sup> la que ha demostrado mayor frecuencia es la bacteria conocida como *Campylobacter Jejuni* con un 33% de casos desencadenantes de SGB<sup>(16)</sup>. Aunque también se detectó afecciones por *mycoplasma pneumoniae*, virus de la hepatitis (A, B y E), herpes simple, mononucleosis infecciosa, zika y VIH<sup>(17)</sup>

En el VIH, el SGB ocurre en el instante de la seroconversión o al inicio de la enfermedad, sería importante obtener una medida de carga viral del VIH a través de la reacción en cadena de la polimerasa que es más sensible que los anticuerpos del VIH<sup>(4)</sup>. La patología ha sido asociada en todo el mundo con el virus del zika aunque la OMS no ha confirmado la participación del virus como agente causal, más bien como agente desencadenante.<sup>(17)</sup>

También encontramos dentro de las posibles causas del síndrome las enfermedades sistémicas como la enfermedad de Hodgkin, lupus eritematoso sistémico y sarcoidosis y finalmente algunos procedimientos quirúrgicos. La vacunación contra la influenza que se aplica como profilaxis aumento el riesgo a 10 casos adicionales del SGB por cada millón de personas vacunadas.<sup>(18)</sup>

La fisiopatología del SGB se inicia cuando el sistema inmunológico empieza a destruir la cobertura de la mielina y del axón de los nervios periféricos, partes de la neurona que aceleran, transportan a largas distancias la transmisión de las señales nerviosas. Los nervios lesionados no pueden transmitir emisiones con eficacia motivo por el cual los músculos pierden la capacidad de responder a estímulos. El cerebro recibe menos señales sensoriales del resto del cuerpo perdiendo la capacidad de percibir texturas, calor y dolor, percibe también señales erróneas que se manifiestan como cosquilleo de la piel o sensaciones de dolor.<sup>(19)</sup>

El 60% de los pacientes con SGB tiene el antecedente de infección respiratoria bacteriana o viral, varias semanas antes de los síntomas neurológica que activa el sistema inmune creando una respuesta inmunológica, tanto de origen humoral como celular, debido a la forma homóloga de sus antígenos al tejido neuronal, produce una reacción cruzada con el componente gangliósido de la superficie de los nervios periféricos, por un mecanismo de mimetismo molecular.<sup>(20,21)</sup>

La infección tipo viral o bacteriana puede que haya cambiado la naturaleza de las células nerviosas por lo que el sistema inmune no las reconoce y las trata como desconocidas a las del sistema nervioso, puede ser que el sistema inmune sea incapaz de reconocer las células propias del cuerpo, por lo tanto algunas células inmunológicas tales como los linfocitos agredan a la superficie de la célula nerviosa denominada mielina. Estos anticuerpos se adhieren a la superficie externa de las células, así se inicia el ataque complejo a la membrana con la invasión total de macrófagos a la mielina interfiriendo en los canales de sodio bloqueando la conducción de señales sensoriales.<sup>(22)</sup>

La clasificación o subtipos pueden tener una forma clínica predominante o presentarse como una sobre posición de varios de ellos, sin embargo las características clínicas se diferencian por los hallazgos electrofisiológicos y la relación con determinados tipos de

autoanticuerpos por lo que se las va a conocer como neuropatía axonal sensitivo-motor aguda (AMSAN), neuropatía axonal aguda (AMAN), síndrome de Miller-Fisher (SMF) y la polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP).<sup>(21)</sup>

Neuropatía axonal sensitivo-motor aguda (AMSAN): Se considera la lesión severa de los axones sensitivos y motores con poco infiltrado linfocitario, sin desmielinización, los cambios se extienden a las porciones proximales de las raíces nerviosas, se relaciona con inicio drástico y déficits sensitivos.<sup>(23)</sup> Los pacientes con esta clínica, muestran una recuperación más lenta que el SGB clásico, y las secuelas motoras y sensitivas son muy frecuentes.<sup>(22)</sup>

Neuropatía axonal aguda (AMAN): La lesión implica a las terminales nerviosas, presentando neuropatía axonal mediada por macrófagos, bloqueo de los canales iónicos en el axolema, la infiltración linfocitaria puede ser escasa o nula. La AMAN se asocia con infección por campylobacter jejuni. El cuadro clínico no es necesariamente grave y depende de la extensión de la lesión axonal. En los casos con exclusivo compromiso distal la recuperación es rápida y completa.<sup>(22)</sup>

Síndrome de Miller-Fisher (SMF): Desencadenado por cepas de campylobacter jejuni, con la presencia de anticuerpos contra el gangliósido GQ1b del nervio periférico, lo que ocasiona un bloqueo en la terminal presináptica de la unión neuromuscular.<sup>(23)</sup> El SMF constituye alrededor del 3-5% de los casos de SGB en los países occidentales. Clínicamente se caracteriza por la asociación de ataxia, oftalmoplejía y arreflexia, que se presenta generalmente en el lapso de una semana. Habitualmente inicia con diplopía y diplejía facial, que se observa en el 50% de los casos. La oftalmoplejía externa se inicia generalmente en los rectos superiores, continúa en los rectos laterales y finaliza en los rectos inferiores.<sup>(22)</sup>

Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP): Se trata de una entidad inicialmente indistinguible clínicamente de la aguda, pero que se diferencia por la progresión de los signos y síntomas durante un período superior a los 28 días, o rápida progresión seguida de recidivas repetidas del cuadro. Generalmente los pacientes afectados demoran más de 2 meses en desarrollar el cuadro completo. Ocasionalmente se afectan

más las extremidades superiores pero generalmente predomina el compromiso de las extremidades inferiores. El compromiso sensitivo distal puede ser significativo.<sup>(22)</sup>

La principal manifestación clínica para el diagnóstico médico del SGB es pérdida de la fuerza muscular relativamente simétrica progresiva, hasta producir incapacidad para caminar que generalmente se presenta en un periodo de cuatro semanas, en algunos casos el punto máximo de debilidad se alcanza a la segunda semana. Hay casos en los que se presenta falla respiratoria en un 25% de los pacientes, con inicio rápido y progresivo de la musculatura respiratoria y produce taquipnea y alteraciones respiratorias.<sup>(21)</sup>

Los pacientes alcanzan el alto grado de debilidad en dos semanas, sin embargo el tiempo de progresión de la patología es lo que permite diferenciar la polineuropatía aguda como aquella menor a 4, subaguda de 4 a 8 y la crónica mayor a 8. Se manifiesta clínicamente por un inicio súbito asociado a dolor en las extremidades, la región lumbar y parestesias, manifestadas en el 50% de los pacientes con SGB.<sup>(21)</sup>

La OMS-OPS refieren que los síntomas iniciales consisten en sensaciones de adormecimiento y alfilerazos en los dedos de los pies y las manos, a veces dolor en la región lumbar baja o en las piernas, desde ese entonces se inicia con debilidad muscular, que afecta la autonomía respiratoria. El compromiso facial, bulbar, la incapacidad para elevar los hombros o el cuello y la presencia de un conteo respiratorio menor a veinte deben ser valorados como predictores de insuficiencia respiratoria.<sup>(21)</sup>

Los pares craneales también son afectados, un 25 % de los casos producen parálisis facial bilateral que es la más común pero también debilita los músculos de la deglución, fonación, y masticación.<sup>(13)</sup> El SGB presenta además una alteración autonómica en más del 50% de los casos manifestándose clínicamente como; hipotensión, hipertensión, taquicardia, gastroparesia, íleo adinámico, diarrea o alteraciones pupilares.<sup>(21)</sup>

El diagnóstico es clínico basado en la información de la anamnesis y exploración física, para lo que contamos con dos métodos la de Asbury en la que clásicamente incluyen criterios necesarios para el diagnóstico como; Debilidad motora progresiva de más de un miembro y la arreflexia o hiporreflexia marcada, son útiles para identificar formas típicas de SGB con apoyo de exámenes de LCR y estudios electrofisiológicos. .<sup>(24)</sup>



Los criterios de Brighton, se basan en la clínica, estudios neurofisiológicos y la punción lumbar, se divide en tres niveles: de menor a mayor certeza diagnóstica. Estos se han formulado para ordenar la recopilación y evaluación de la información sobre el SGB. Cabe enfatizar que se destina principalmente a fines epidemiológicos, y no para el tratamiento. Por último esta la escala adaptada de discapacidad de Hughes utilizada para detallar el curso clínico del SGB, es útil para la investigación de los cambios clínicos durante el tratamiento.<sup>(25)</sup>

Para definir este síndrome se sustenta eficazmente en los hallazgos paraclínicos característicos de esta enfermedad, se realiza también estudio de líquido cefalorraquídeo con el objetivo de confirmar las proteínas elevadas, después de una semana se encuentran linfocitos menos de 10/mm<sup>3</sup> y una cantidad elevada de proteínas, mismas que pueden ayudar como indicador pronóstico de gravedad del SGB.<sup>(26)</sup>

Las pruebas electrofisiológicas valoran la conducción nerviosa para demostrar la existencia de desmielinización usando distintos puntos de corte en los parámetros de neuroconducción motora; velocidad, latencias distales prolongadas, presencia respuestas tardías anormales y bloqueo de la conducción.<sup>(21)</sup> Para esto se insertan electrodos de aguja delgada sobre los nervios musculares que transmiten una pequeña descarga para el estudio de las señales de sistema nervioso periférico.<sup>(24,27)</sup>

El estudio neurofisiológico es efectivo a partir de la segunda semana, ya que puede ofrecer el diagnóstico más rápido del SGB en conjunto con la clínica, se recomienda realizar resonancia magnética nuclear ya que puede ser de gran ayuda para diferenciar una supuesta polineuropatía de mielitis o encefalomielitis que muestran clínica similar. Pese a la eficacia para el diagnóstico se debe apoyar en otros resultados de exámenes y valoración clínica.<sup>(28)</sup>

El SGB evoluciona en tres etapas llamadas: de progresión, estabilización y regresión, que suele consumarse en tres a seis meses. El 80% de los pacientes afectados se recuperan en su totalidad o con daño leve. Entre el 10 y el 15 % presentaran secuelas el resto de su vida. Del 4 al 5% de los pacientes mueren a pesar de haber ingresado a la unidad de cuidados

intensivos a causa de distres respiratorio agudo, neumonía nosocomial, sepsis, embolia pulmonar y paro cardíaco.<sup>(29)</sup>

El tratamiento consiste básicamente en medidas de vigilancia de complicaciones y soporte, va a depender del tiempo en que se diagnostica el SGB, para predecir el desarrollo de las manifestaciones clínicas más alarmantes refiriéndonos a la depresión ventilatoria por parálisis de los músculos propios de la respiración por lo que necesita estar en una unidad de cuidados intensivos para monitorizar en caso de que sea necesario soporte ventilatorio. Tomando en cuenta la mecánica respiratoria el estado de la vía aérea, reflejo de tos, expectoración y si el paciente ya está presentado signos de hipoxemia o hipercapnia.<sup>(30)</sup>

Una vez estabilizado al paciente se pueden utilizar medidas terapéuticas para retrasar o favorecer en la recuperación del SGB, las cuales son la plasmaferesis y administración de inmunoglobulinas. El cambio plasmático es el tratamiento efectivo si es llevado a cabo dentro de las cuatro semanas de inicio de la enfermedad, habrá mayor beneficio que dentro de las dos primeras semanas, sin embargo a pesar de ello el 25 % de los pacientes resultan con falla respiratoria. Tratamiento que disminuirá significativamente la necesidad de ventilación mecánica, menor tiempo de asistencia ventilatoria, y pronta recuperación motora.<sup>(31)</sup>

El régimen usualmente recomendado es cinco sesiones durante dos semanas con un intercambio total alrededor de cinco veces el volumen plasmático. La plasmaferesis es un procedimiento invasivo, no disponible en todos los centros asistenciales y aunque bien tolerada puede presentar complicaciones importantes como inestabilidad hemodinámica, coagulopatía dilucional, e hipocalcemia.<sup>(21)</sup>

La administración de inmunoglobulinas por vía intravenosa en un total de 5 dosis, es más efectiva si se administra dentro de las primeras cuatro semanas de evolución para bloquear los anticuerpos dañinos. En una revisión metódica que contuvo 23 estudios, se demostró que la inmunoglobulina intravenosa aplicada dentro de las dos primeras semanas apresura la recuperación clínica. Concluyéndose que la inmunoglobulina intravenosa y la plasmaferesis tienen una eficacia similar para acelerar la recuperación del síndrome de Guillain Barré.<sup>(32)</sup>

La rehabilitación supone una diferencia significativa en el estado funcional de los pacientes con SGB, ya que puede ocasionar discapacidad prolongada y debe tratarse con un equipo multidisciplinario que trabajen de una manera coordinada y organizada. El 40% de pacientes hospitalizados por este síndrome requieren tratamiento fisioterapéutico continuo durante todo el proceso de la enfermedad.<sup>(33)</sup>

Se recomienda que el paciente con síndrome de Guillain Barré sea valorado por el personal de medicina física y de rehabilitación para establecer un programa de forma temprana y personalizada. La terapia contribuye a minimizar complicaciones como neumonía o atelectasia por lo que es recomendable establecer medidas de fisioterapia pulmonar (ejercicios respiratorios, percusión, vibración, movilización torácica y drenaje postural) al paciente con SGB.<sup>(33)</sup>

De acuerdo al problema presentado en el Ecuador no se ha evidenciado normas establecidas que den seguimiento a los pacientes que padecen o padecieron SGB, no se describe sobre el desenlace y continuidad del tratamiento, en virtud a las secuelas, la medición de la calidad de vida a futuro para estos pacientes una vez que egresan del hospital. Los pacientes con secuelas neurológicas que están discapacitados pueden ser víctima de aislamiento y discriminación convirtiéndolos en una alta carga social y familiar.<sup>(34)</sup>

Dicho síndrome no ha sido tomado con relevancia debido a que la enfermedad no tiene mayor grado de incidencia, sin embargo se toma importancia al tema de estudio porque la actuación oportuna de enfermería en esta patología contribuye a que el paciente reduzca las secuelas que ocasiona, además de que no existe literatura suficiente sobre la atención de enfermería a pacientes que padezcan este síndrome, en base a ello se ve la necesidad de establecer los cuidados de enfermería en esta patología.

Las acciones de enfermería se llevan a cabo de manera ordenada y sistémica aplicando el pensamiento crítico para satisfacer las necesidades del paciente con SGB, los cuales deberían estar reguladas a nuestra realidad, que permita al profesional actuar con intervenciones fundamentadas científicamente para brindar un cuidado holístico. Debido a la importancia de una rápida actuación con el objetivo de disminuir al máximo las complicaciones de esta enfermedad así como secuelas posteriores, es necesario conocer la

patología y sus cuidados. Evidenciado lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación. ¿Cuáles son los cuidados de enfermería en pacientes con Síndrome de Guillan Barré?

En la actualidad el cuidado enfermero(a) constituye un pilar fundamental en la atención sanitaria a distintas enfermedades, con el transcurso del tiempo los/las profesionales de enfermería han desarrollado cuidados directos basados en: experiencia, resultados previos y fundamentos científicos que se resumen en el Proceso de Atención de Enfermería. Debido a la cantidad de criterios que se toman en cuenta para el abordaje de un paciente con SGB los cuidados que brinda el enfermero(a) se diversifican haciendo evidente la necesidad de sistematizar los mismos; con la finalidad de garantizar cuidados de calidad.

Esta revisión bibliográfica se justifica ya que se realizó con la intención de analizar los cuidados de enfermería en un paciente con SGB y que la información obtenida sirva para futuros estudios. De esta manera innovar y mejorarla como profesión científica para así motivar a la investigación a las futuras generaciones y que la enfermera (o) ecuatoriana también sea reconocida a nivel mundial como base fundamental del cuidado directo al paciente.

En vista de la necesidad planteada anteriormente el presente trabajo propone sistematizar los cuidados de enfermería en pacientes con Síndrome de Guillan Barré, según el criterio de los diferentes autores, mediante la identificación de las manifestaciones clínicas de la patología, con la finalidad de apoyar el cuidado enfermero para satisfacer necesidades básicas del paciente con esta afección.

## **Capítulo II. METODOLOGÍA**

El tipo de estudio que se realizó es una revisión bibliográfica de carácter descriptivo. La población de estudio quedó conformada por la totalidad de 150 artículos científicos en los que se abordan la temática sobre los cuidados de enfermería en pacientes con síndrome de Guillain Barré publicados en revistas indexadas en bases regionales y de impacto mundial divulgados durante el período comprendido entre el año 2009 y 2019.

Los artículos científicos adquiridos mediante una búsqueda minuciosa que permita escoger una muestra específica. La exploración fue mediante los motores de búsqueda como; Centro Latino Americano y del Caribe, de información en ciencias de la salud BIREME, Editorial Medica Panamericana, E-LIBRO, página web dedicadas a la ciencia en salud PubMed, Lilacs, Scopus, PROQUEST, BOOKSMEDICOS y portales médicos, permite tomar documentación confiable y avalada.

El google académico que es una de las más usadas en la búsqueda ya que es la puerta, que da acceso a páginas indexadas que contienen artículos científicos como Scielo, MedLine páginas oficiales como Organización Mundial De La Salud (OMS), Ministerio de Salud Pública (MSP) con artículos de revistas científicas acerca de los cuidados de enfermería en el síndrome Guillain Barré.

Al colocar en los motores de búsqueda Enfermería and Guillain Barré en 0.06 segundos obtenemos 1210 resultados, sintetizando la búsqueda en el rango de tiempo 2015- 2019 en 0.20 segundos tenemos 444 resultados. Para simplificar y mejorar mi población, se puso en el buscador Enfermería and Guillain Barré en 0.07 segundos hubo 376 resultados de los cuales se seleccionaron 150 documentos refiriéndose a la patología y los cuidados de enfermería, conformando una población de estudio quedó de 40 referencias bibliográficas publicadas en revistas indexadas, en bases regionales y de impacto mundial, los que abordan la temática referente al cuidado de enfermería en SGB.

La elección de los artículos se justifica por el hecho de ser las más actualizadas en el tiempo mencionado, sobre el tema pese a su escasa información, fueron tomados los artículos más relevantes para llevarse a cabo esta investigación a modo de revisión

bibliográfica, tomando en cuenta dichos artículos que contengan información sobre la patología y los cuidados de enfermería.

Los criterios de exclusión fueron documentos que no se relacionan con el cuidado de enfermería y el SGB, documentos publicados en años inferiores al 2008, información obtenida de motores de búsqueda que no son reconocidas como por ejemplo monografía.com, se eliminó referencias de revistas que no son indexadas o no pertenecen a alguna de gran importancia. No se añadió informes que no tengan fecha de publicación ni autor.

Para los criterios de inclusión se considera lo siguiente: artículos publicados en español e inglés, con resúmenes disponibles en bases a los datos seleccionados como: definición, etiología, fisiopatología, cuadro clínico. Pronóstico, tratamiento y cuidados de enfermería en el período comprendido 2009 al 2019, no se usó en periodo de 5 años debido a la falta de información actualizada por lo que se extendió a 10 años.

Se revisaron 40 artículos científico, 12 en inglés, 1 portugués, y 27 en español de los cuales se clasificó de la siguiente manera: 1 trabajo de proyecto, 2 casos clínicos, 2 guías clínicas, 9 revisiones bibliográficas, 21 artículos científicos, 2 boletines. La información sobre este tema es escasa motivo por lo que se tomó pocos documentos pero de gran relevancia que aporten significativamente a esta revisión.

La búsqueda se realizó con descriptores aplicando la técnica de la lógica booleana de la siguiente manera: Síndrome de Guillain barre, “cuidados de Enfermería en el Síndrome de Guillain Barré”, cuidado or Guillain Barré, Gillain Barré and nursing care, intervention nursing SGB, diagnostic and epidemiology síndrome de Guillain barre, Guillain barre – Landry. Se usó palabras claves para conseguir documentos en inglés como: care, nursing, interventions, medical diagnostic, epidemiology y en español cuidados de enfermería, Síndrome de Guillain Barré. Lo que fue de gran ayuda ya que facilitó acceder a la información.

Los documentos seleccionados son de importancia y de relevancia para mi estudio ya que han sido visitadas recurrentemente, durante la lectura crítica también son citados o anunciado como parte de otras investigaciones, en un mínimo de haber sido citada de 21

veces y con un máximo de 50 citas, se notó falta de documentación actualizada al síndrome de Guillain Barré en todos los portales de búsqueda.

El estudio se hizo por medio de la triangulación de variables teóricas que es la base y técnica fundamental aplicada a un trabajo investigativo de revisión bibliográfica, permite la comparación o análisis de variables, resultados, podemos incluso trabajar con las conclusiones de dichas investigaciones, artículos, informes y boletines. En este trabajo se usó datos referentes solo a cuidados de enfermería en los cuales se usaron 11 artículos, donde se estudió el tipo de valoración, los diagnósticos emitidos y por último las intervenciones enfermeras, con fecha de publicación desde el 2009 hasta el 2019. Por la falta de trabajos investigativos en enfermería se tomó información fuera del rango permitido hasta 10 años.

Para la triangulación de los cuidados de enfermería se analizó el trabajo de cada autor, mencionando lo importante que se puede analizar dentro de su artículo; si ese documento plantea los cuidados de enfermería con algún tipo de valoración enfermero o se sujeta al marco conceptual de alguna teorizante de enfermería, que diagnósticos emite cada autor y si hay relación entre los mismos, si la priorizan o emiten al azar, de la misma manera las intervenciones o cuidados de enfermería que es el principal objetivo a conocer de esta revisión.

Se estudió a los autores que realizaron sus trabajos investigativos aplicados al cuidado de enfermería entre los cuales presento en orden cronológico como ya mencionamos son 6: Tejedor 2009, Gonzales 2011, Caixeiro 2012 Cancino 2012, Mckinney 2015, Cantellan A 2015, Ojeda 2017, Hermosin A 2017. Estos autores brindaran la información para llegar a cumplir el objetivo que es estandarizar los cuidados.

### Capítulo III. DESARROLLO

La fundamentación científica de los cuidados enfermeros, permite a los profesionales y estudiantes aplicar un proceso de atención con el fin de brindar cuidados individuales, planificados y con un enfoque holístico, a través de modelos para satisfacer las necesidades básicas del ser humano. La fundamentación teórica y metodológica constituye una base del pensamiento enfermero que permite actuar de una perspectiva propia, ya que proporcionan los conocimientos, metodología, habilidades, y técnicas respectivamente al área de desempeño práctico. Esto permite al enfermero profundizar sus conocimientos a través de la investigación creando conocimientos que mejore la forma de hacer Enfermería.

Los cuidados de enfermería, sobre el Guillain Barré que se revisaron están fundamentados con las taxonomías NANDA NOC NIC, La valoración se realiza por los 11 dominios NANDA, las 14 necesidades de Virginia Henderson basado en marcos conceptuales propuestos por teorizantes. La información obtenida refiere su importancia dentro de la creación de nuevo conocimiento sobre este síndrome en el cuidado enfermero.

Ojeda habla de forma global y refiere que los enfermeros están capacitados en el manejo, cuidado, diagnósticos y técnicas de procedimientos en relación al SGB. Todos los pacientes con este síndrome deben ser ingresados en una unidad de cuidados intensivos durante la etapa de progresión de la enfermedad, para monitorización continua de la función respiratoria, cardíaca y evaluar el progreso del estado neurológico periódicamente. Es importante estar pendiente e insistir en la prueba de los pares craneales de origen bulbar, fuerza muscular, reflejos.<sup>(36)</sup>

La autora González realiza los cuidados, aplicando las cinco etapas del proceso de atención de Enfermería (PAE): valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, fundamentando con una teorizante que es la de Dorothea Órem, quien basa su fundamento en conceptos de autocuidado brindando al individuo la capacidad de realizar las actividades diarias por sí mismo. Cuidados que se adapta a los problemas y las necesidades del usuario.<sup>(39)</sup>

Cancino y Balcázar dicen que unos de los pilares importantes es la valoración para emitir diagnósticos e intervenciones que puedan servir a lo largo de la evolución del paciente no



solo al área de hospitalización, priorizando según las necesidades esenciales para la vida los cuales son; alteración de la oxigenación r/c compromiso de músculos respiratorios m/p disnea, intubación oro traqueal, presencia de estertores roncantes y abundantes secreciones, alteración de la deglución r/c afección del IX nervio craneal m/p disfagia, alteración de la comunicación verbal r/c vía aérea artificial m/p imposibilidad para emitir lenguaje verbal audible.<sup>(10)</sup>

Tejedor en colaboración con Enfermeras de la Unidad de Neurología refieren que los cuidados de enfermería son importantes en el SGB que es de evolución rápida que puede atender la vida y causar daños permanentes, por lo que refiere diagnósticos como; riesgo de síndrome de desuso, riesgo de baja autoestima situacional, desatención unilateral, riesgo de aspiración, riesgo de deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la comunicación verbal, riesgo de caídas, desequilibrio nutricional por defecto, conocimientos deficientes, temor, riesgo de infección, limpieza ineficaz vías aéreas.<sup>(35)</sup>

Ojeda en su artículo concuerda que los cuidados de enfermería son primordiales en esta patología de baja incidencia y aparición brusca, donde lo importante es encaminar los diagnósticos enfermeros hacia ese objetivo, el manejo del soporte vital entre los cuales tenemos: patrón respiratorio ineficaz relacionado con parálisis de los músculos respiratorios, deterioro de la movilidad física relacionado con atrofia muscular, alteración del bienestar (dolor) relacionada con la hipersensibilidad al tacto, alteración de perfusión cística cardiopulmonar y cerebral relacionada con fluctuación concomitante de la presión arterial. alteración de la nutrición por defecto relacionada con incapacidad de ingerir alimentos.<sup>(36)</sup>

También menciona diagnósticos de enfermería como: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad, deterioro de la comunicación verbal relacionado con intubación traqueal y/o traqueotomía, déficit de autocuidado total relacionado con deterioro neuromuscular y musculo esquelético, alteración de la eliminación urinaria relacionada con deterioro sensitivo –motor, deterioro de la deglución relacionado con disminución de la fuerza de los músculos de la masticación, temor relacionado con incremento de la presión sanguínea, limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con respiración asistida, alteraciones sensorio perceptivas relacionadas con parestesias.<sup>(36)</sup>

En los artículos de Cancino y Balcázar valoran con la ideología de la teoría de Dorothea Orem que anuncia el cuidado holístico intra y extra hospitalaria. Ojeda, Tejedor, Cancino coinciden que el cuidado de enfermería debería estandarizarse para evitar su variabilidad en la atención y coordinar la actuación implicados en la atención y detección de las complicaciones asociadas al SGB que en ocasiones deja secuelas. La enfermería va a intervenir o ayudar a mantener los objetivos como son favorecer la oxigenación en la persona, la nutrición adecuada mediante la alimentación acorde a su situación clínica y lograr establecer una forma de comunicación básica con la persona si esta presenta daños a nivel del habla.

Mckinney emite diagnósticos a partir del método de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, satisfaciendo una dolencia específica que presenta el individuo con SGB, refiere que la priorización de las necesidades más afectadas son la respiración/circulación, comer y beber de forma adecuada, eliminación, moverse, mantener una postura adecuada, dormir, descansar, seguridad y protección.<sup>(37)</sup>

Para satisfacer las necesidades del SGB propuestos por Mckinney son los siguientes diagnósticos; riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización prolongada (fuerza física), riesgo de estreñimiento r/c debilidad de la musculatura abdominal, estrés psicológico e inmovilidad prolongada, riesgo de caídas r/c deterioro neurológico, deterioro de la movilidad y de la fuerza de las extremidades y enfermedad aguda, ansiedad r/c alto grado de estrés por progreso de la enfermedad y amenaza de muerte m/p se muestra agitado, nervioso, se siente desesperanzado y preocupado, temor r/c deterioro sensorial y amenaza de muerte m/p percepción de amenaza, sentimientos de terror.<sup>(37)</sup>

Ossama Nasser y Marín Cañado definen un plan de cuidados para el SGB, aplicando las 14 necesidades de Virginia Henderson y coinciden con los autores López y Mckinney cuyo objetivo fue satisfacer las necesidades humanas del paciente, integrando a todo el personal de salud: médicos, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería, psicólogos y trabajadores sociales; así como la familia y amigos del paciente por ello.

Presentan tres diagnósticos con priorización: patrón respiratorio ineficaz relacionado con compromiso de músculos respiratorios manifestado por disminución de la capacidad vital, (disnea, intubación naso-traqueal, presencia de estertores roncantes y abundantes

secreciones), deterioro de la movilidad en la cama relacionado con afección neuromuscular manifestado por deterioro de la habilidad para cambiar de decúbito lateral derecho a decúbito lateral izquierdo y viceversa, deterioro de la comunicación verbal r/c intubación endotraqueal m/p imposibilidad para emitir lenguaje verbal audible<sup>(8)</sup>

López E en su artículo concluye que el pronóstico del SGB es bueno, con una rápida actuación en el diagnóstico, tratamiento y cuidados enfermeros, ayudan a reducir el número y severidad de las secuelas. Desde el momento en el que se hospitaliza el paciente hasta que se corrobora el diagnóstico de SGB, se inicia una serie de cuidados de enfermería para prevenir que la enfermedad se agrave. Valorando con las 14 necesidades de Virginia Henderson ya que dependiendo del tipo de pacientes unos van requerir cuidado intensivo, siendo la insuficiencia respiratoria la causa constante que justifica el ingreso a la unidad de cuidados intensivos.<sup>(9)</sup>

López emite diagnósticos de enfermería según la necesidad real del paciente que debe es priorizada; riesgo de aspiración, limpieza ineficaz de las vías aéreas, patrón respiratorio ineficaz, déficit de autocuidado: alimentación. desequilibrio de la nutrición: por defecto, estreñimiento, deterioro en la movilidad física, riesgo de deterioro de la integridad cutánea, insomnio, riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal, déficit de autocuidado baño/higiene, riesgo de caídas, riesgo de infección ansiedad, dolor agudo, deterioro de la comunicación verbal, baja autoestima situacional, disposición para mejorar el autocuidado.<sup>(9)</sup>

Con la información revisada es importante planificar y ejecutar el cuidado con fundamentos avalados y acogidos por la enfermería como son las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson quién sugiere que el trabajo del profesional de enfermería es suplir las necesidades del paciente que es incapaz de hacerlo por sí mismo. Además según los autores ya mencionados las necesidades primordiales son: la respiración, eliminación, movilidad y la comunicación debido a la complicación grave que produce la ausencia de una de estas.

Los diagnósticos de enfermería anunciados por López, Ossama Nasser y Mckinney están sujetos a la NANDA con priorización sistemática según la necesidad del usuario, lo que permite plantearse objetivos alcanzables, para que las actividades de enfermería tengan una

secuencia según la necesidad del paciente con SGB, mismas que ayudaran al individuo en su pronta recuperación y rehabilitación.

Gonzales G cita una lista de problemas del Guillain-Barré los cuales son; déficit de autocuidado, alteración en la movilidad de los miembros, dificultad para deambular, ansiedad y temor a posibles secuelas. Emite de acuerdo a las necesidades citadas anteriormente y se formula los siguientes diagnósticos enfermeros: déficit de autocuidado relacionado con inmovilidad, pérdida de la integridad de la piel relacionado con inmovilidad en miembros inferiores, alto riesgo de caída relacionado con ansiedad de querer caminar, deterioro de la movilidad física relacionado con inmovilidad en miembros inferiores.<sup>(39)</sup>

En la literatura revisada las intervenciones de enfermería van encaminados con el objetivo de proveer un intercambio gaseoso satisfactorio y una ventilación óptima; con un buen manejo de las vías aéreas y la monitorización respiratoria, disminuir el deterioro de la movilidad por compromiso neuromuscular y lograr una comunicación adecuada. Las intervenciones expresadas por los autores tienen similitud debida que las acciones están adecuadas según las manifestaciones clínicas del SGB.

Cancino menciona los cuidados de enfermería dando prioridad a la monitorización de la saturación de oxígeno, vigilar patrón respiratorio, mantener a la persona en posición semifowler y toma de gasometría, favoreciendo así el paso de aire, y por consiguiente una mejor oxigenación, la cual se valora monitorizando. Suministrar la dieta por sonda naso gástrica (SNG) educar sobre la utilización y manejo de la gastrostomía a su familiar, medir residuo gástrico, estas son medidas necesarias debido al tiempo de evolución de la enfermedad y puede ser parte del alta de la persona a su hogar.

Cancino por el problema de la incapacidad de comunicación que presenta el SGB planifica las siguientes intervenciones: solicitar la ayuda de la familia en la comprensión del lenguaje del paciente, dar un mandato simple cada vez, si es el caso, utilizar palabras sencilla y frases cortas, estar de pie delante del paciente al hablar, usar cartones con dibujos, si es preciso, proporcionar un refuerzo y una valoración positiva para satisfacer la necesidad la persona para manifestar que quiere algo, no se debe olvidar el apoyo más

importante es el que se recibe de la familia los cuales son los principales vínculos para un buen intercambio de información.<sup>(10)</sup>

Tejedor en forma de resumen nombra de forma aleatoria la mayoría de intervenciones en caso de SGB, los que son: cambio de posición, cuidados del paciente encamado/a, manejo intestinal, manejo de las vías aéreas, precauciones para evitar la aspiración, ayuda con los autocuidados: baño/higiene, cuidados de la retención y continencia urinaria, cuidados cardiacos, precauciones para evitar la aspiración <sup>(35)</sup>

También anuncia diagnósticos como: potenciación de la autoestima, potenciación de la imagen corporal, manejo ante la anulación de un lado del cuerpo, apoyo a la familia, , terapia de deglución, prevención de úlceras por presión, manejo de presiones, disminución de la ansiedad, mejorar la comunicación por déficit del habla, prevención de caídas, manejo ambiental, seguridad, alimentación enteral por sonda, protección contra las infecciones, monitorización respiratoria.<sup>(35)</sup>

Mckinney dice que la enfermería tiene un papel fundamental con la colaboración interdisciplinaria la enfermera podrá aplicar eficazmente las siguientes intervenciones: aspiración de las vías aéreas, manejo de las vías aéreas artificiales, prevención de úlceras por presión, prevención de úlceras por presión, fisioterapia respiratoria, mantenimiento de la salud bucal, cuidados de la estoma. siempre va a depender del estado del paciente y las necesidades que presente.<sup>(37)</sup>

Ossama Nasser y Marín Cañado coordinan los planes de cuidados con la misma similitud a los otros artículos, estas actividades son el manejo de las vías aéreas que es la intervención que ayuda a controlar las posibles complicaciones potenciales con las siguientes actividades que son: monitorización respiratoria continua para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso, cuidados del paciente, cambios de posición horaria, mejorar la escucha activa, fomentando la comunicación si presentan déficit del habla. No olvidar el manejo de la nutrición y el fomento del sueño<sup>(8)</sup>

López es una de las autoras que trata de amplificar los cuidados y anuncia debidamente con su priorización según las necesidades de Virginia Henderson dando mucha importancia a cada una de las intervenciones: en el SGB se ve afectada la respiración por

debilidad de los músculos respiratorios motivo de las intervenciones relacionados con esta necesidad son; precauciones para evitar la aspiración permite prevención o disminución de los factores de riesgo de aspiración y manejo de las vías aéreas. <sup>(9)</sup>

Enfatizar las intervenciones con el objetivo de asegurar la permeabilidad de la vía aérea, enseñando a toser de manera efectiva, poner al paciente en una posición que alivie la disnea, fisioterapia respiratoria, aspiración de las vías aéreas, extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de un catéter de aspiración en la vía naso traqueal del paciente, monitorización respiratoria, tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante, animar a la manifestación de sentimientos de percepciones y miedos e instruir sobre el uso de técnicas de relajación. <sup>(9)</sup>

López para satisfacer la necesidad de comer y beber brinda cuidados de autonomía individual al momento de alimentarse por lo que selecciona las siguientes intervenciones: manejo de la nutrición, alimentación, suministrar la ingesta alimenticia al paciente que no puede nutrirse por sí mismo, ayudar y/o proporcionar una dieta balanceada, promover la ingesta de calorías adecuada según las preferencias de comidas del paciente e ir monitorizando el peso periódicamente. <sup>(9)</sup>

La necesidad de eliminar los desechos corporales, parte en que los pacientes alteran el patrón de eliminación urinaria y fecal, busca intervenciones que pueden ser de gran apoyo como es el manejo, prevención y alivio de la impactación fecal, debemos identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que a veces son causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo. <sup>(9)</sup>

El SGB produce inmovilidad en pacientes, que antes llevaban una vida normal y activa, provocando importantes alteraciones en todo su cuerpo, los diagnósticos se encaminan a ayudar a vestirse y arreglo personal, terapia de ejercicios: control muscular. manejo del dolor, prevención de las úlceras por presión, vigilancia de la piel y mantener la integridad cutánea. <sup>(9)</sup>

El descanso y control de la temperatura corporal, debido a la rápida aparición y progresión del síndrome y a las complicaciones médicas, como son, el dolor, la ansiedad, la angustia alteran el ciclo de vigilia y sueño, y los cambios metabólicos irregularidad en el control de

la temperatura, sugiere las siguientes intervenciones: fomentar el sueño para facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia, termorregulación y monitorización de signos vitales.<sup>(9)</sup>

Para suplir la necesidad de seguridad por exposición a muchos factores que pueden causar daño al paciente, justamente por aquellos se brindan cuidados como: control de infecciones (minimizar el contagio y transmisión de agentes), cuidados del catéter urinario, mantenimiento de dispositivos de acceso venoso, disminuir la ansiedad, manejo del dolor, y el fomento de la comunicación por déficit del habla.<sup>(9)</sup>

Según los Mckinney. Ossama y López en la literatura nos dan a conocer, que la atención a un paciente con SGB es un proceso que el enfermero inicia desde que él es diagnosticado brindando una atención específica con la colaboración de todo el equipo de salud. El proceso de atención de enfermería debe tomar al individuo como un ser holístico al que se trata de suplir las necesidades básicas humanas como son respiración, nutrición y eliminación.

La enfermería con conocimiento brindara un cuidado acertado al individuo con esta patología poco frecuente, debida que la persona afectada puede ser abatida por la depresión respiratoria de manera súbita, que es lo más grave en el SGB. Los autores no discrepan y coinciden en los cuidados pero no priorizan ni sistematizan estas intervenciones que son de tanta importancia en la recuperación y rehabilitación del paciente.

Los cuidados en lo que coinciden los autores fueron para satisfacer necesidades como la respiración, eliminación, nutrición y la comunicación con el objetivo de mantener un soporte vital, entre estos cuidados están; precauciones para evitar la aspiración, manejo de las vías aéreas, monitorización respiratoria, manejo intestinal, cambio de posición, cuidados del paciente encamado, cuidados de la incontinencia urinaria y mejorar la comunicación, déficit del habla.

Villarreal E publica en su artículo que la complejidad del SGB conlleva a la necesidad de planificar unos excelentes cuidados en colaboración con otros miembros del equipo de salud. Los acuerdos con el personal de fisioterapia y enfermería en el área de hospitalización son vitales para el paciente debido que los cuidados siempre son continuos en esta patología por lo que requieren monitorización constante, no debemos olvidar que es

indispensable involucrar a la familia durante todo el proceso para se vaya adaptando al manejo del enfermo.<sup>(38)</sup>

La autora mencionada valora al paciente con los 13 dominios NANDA para emitir cuidados de enfermería se han de dirigir en cubrir las necesidades básicas, las acciones de la vida cotidiana y se ha de tomar en cuenta los riesgos potenciales, que son varios, el cuidado necesario del componente psicológico procedente de la situación aguda. Por lo dicho anteriormente es indispensable que el equipo de enfermería continuamente se apoye y se preocupe por satisfacer la necesidad, tanto del paciente como de la familia.<sup>(38)</sup>

Gonzales G en su artículo publicado en el 2016 describe a la enfermería como una ciencia humana encargada de la salud, enfermedad y curación que son influidas por los cuidados profesionales, personalizados, científicos, humanos y éticos. Para realizar una intervención se debe utilizar un instrumento o un marco conceptual que oriente la recogida, selección, análisis e interpretación de los datos en la elaboración de un proceso enfermero.<sup>(39)</sup>

Cantellan A hace referencia que una herramienta fundamental es la anamnesis en la valoración al paciente con SGB, también que los cuidados deben estar sujetos a modelos estandarizados que permita ejecutar intervenciones avaladas científicamente, por consiguiente emite un diagnóstico de enfermería de gran importancia como lo es la dificultad para la movilidad en la cama relacionado con el deterioro del estado físico, la disminución de fuerza muscular manifestado por dolor constante.<sup>(40)</sup>

Para la intervenciones Cantellan propone según en diagnóstico emitido lograr en el paciente encamado mejorar la movilidad, cuidar la piel con los cambios de posición, hidratación, colocación de dispositivos que eviten el daño de la epidermis, proporcionar un ambiente tranquilo, de apoyo, íntegro y seguro, evitando las exposiciones innecesarias a corrientes, exceso de calefacción o frío.<sup>(40)</sup>

Hermosin encamina su estudio de acuerdo a la severidad que presenta este síndrome, cuyo tratamiento consiste en mantener al cuerpo en funcionamiento mientras se recupera el sistema nervioso. La escritora no hace referencia a un marco conceptual ni aplica métodos de valoración de enfermería pese a esto anuncia diagnósticos los mismos que son: riesgo de síndrome de desuso, riesgo de baja autoestima situacional, desatención unilateral.<sup>(12)</sup>



Caixeiro argumenta en su estudio que la parte más importante para emitir diagnósticos enfermeros es la valoración de los signos y síntomas que presenta el paciente en el transcurso o evolución del SGB. Los posibles diagnósticos de Enfermería reconocidos fueron: percepción sensorial perjudicial, movilidad física perjudicial, deglución perjudicial, dolor agudo, fatiga, riesgo de síndrome de desuso, riesgo de desequilibrio en la temperatura corporal y nutrición desequilibrada menor que las necesidades corporales.<sup>(11)</sup>

Al análisis de la literatura añadida concluyo que el enfermero/a se encuentra en la potestad de emitir diagnósticos de enfermería fundamentados científicamente, acogiendo diferentes marcos conceptuales y métodos de valoración. El personal de enfermería está en la capacidad emitir un criterio de acuerdo algún tipo de necesidad que presenta el paciente aplicando el pensamiento crítico que sistematice los cuidados prioritarios para satisfacción de las mismas.

Al análisis y discusión según la triangulación de los resultados tomé cuenta que los cuidados enfermeros si ha evolucionado ya que Tejedor en el 2009 emite en el artículo cuidados de enfermería al azar sin priorización y metodología de valoración o apeándose al marco conceptual de una teorizante. Pese a que los diagnósticos son ya de las taxonomías NANDA y las intervenciones de la NIC. En comparación a López en el 2014 aplica la valoración con las 14 necesidades Virginia Henderson permitiéndole conocer qué necesidad es la más afectada para emitir un diagnostico prioritario y un cuidado eficaz, de la misma manera lo hacen, Caixeiro en el 2012, Mckinney y Cantellan A en el 2015, Ossama N en el 2018.

Al trabajar con el paciente con síndrome de Guillain Barré se debe brindar una atención según lo que él requiera, no se puede emitir diagnósticos pensando que aquellos van a tener resultados positivos, lo que se debe hacer es como mencionan los autores, realizar la valoración para así conocer que necesidad es la más afectada y presentar un diagnostico enfermero que resuelva este problema que permitirá subsecuentemente disminuir la cantidad de complicaciones que se presenten.

Autores como Cancino y Gonzales se acogieron al modelo conceptual de Dorothea Orem referente de la teoría del auto cuidado con el objetivo de que a intervenciones deben ir más

allá de los recibidos en hospitalización, enfocados a la familia que debe participar en los cuidados del SGB ya que es el principal cuidador, lo que facilitara el aprender al instante de tratar a su familiar en el domicilio. Enfatiza necesidades como; respiración, nutrición, comunicación, alteración de la movilidad, autocuidado, ansiedad y temor.

López, Cantellan, Caixeiro y Mckinney directamente emplearon la valoración con las 14 necesidades de Virginia Henderson en las cuales las afectadas fueron: oxigenación, nutrición, hidratación, eliminación, moverse y mantener una posición adecuada., sueño y descanso, termorregulación, mantener la higiene, comunicación, vivir según sus valores y creencias, aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad mismas en que acuerdan los autores nombrados.

Tejedor, Ojeda y Hermosin coinciden que es muy importante el cuidado especial brindado por parte del personal de enfermería al paciente con SGB, ya que una base fundamental en la recuperación del paciente. Estos emiten diagnósticos por las manifestaciones clínicas del SGB, esto hace que el enfermero/a trabaje con la patología y no con el individuo como un ser holístico, de esta manera olvidando la empatía necesaria para brindar cuidados con enfoque humanitario.

Tejedor, Ojeda y Hermosin, López, Cantellan, Caixeiro y Mckinney tienen similitudes en los diagnósticos mencionados anteriormente, ellos enfatizan la necesidad de respiración, alimentación, movilidad comunicación y autocuidado que al estandarizarse pueden encaminarse a una buena planificación de las intervenciones de enfermería. Esto da referencia que los cuidados enfermeros en el SGB pueden ser sistematizados y aplicarse de acuerdo a las falencias que manifiesta el pacientes y escoger una apropiada para su cuidado.

Los cuidados de enfermería en el síndrome de Guillain Barre son básicos y fundamentales para la recuperación del paciente, pienso que estos tienen una lógica que se puede adjuntar para crear intervenciones específicas para la enfermedad, creando un proceso sistemático acorde a la evolución del paciente y las necesidades que vayan apareciendo, en lo que a mí respecta la enfermería es una ciencia muy importante para el mundo y deberíamos como enfermero/as actualizarnos constantemente ya que las vidas de muchas personas tienden de

un hilo y está en muestras manos, hacer que el paciente salga adelante con apoyo emocional y espiritual que integre a todos los que rodean al paciente.

Cuando se presente un caso de SGB se puede actuar de manera adecuada, con valoración precisa para ayudar al diagnóstico, de manera que el paciente ingrese inmediatamente a hospitalización para monitorización continua, dependiendo del estado respiratorio se considera el ingreso a unidad de cuidados intensos, en caso de haber depresión respiratoria.

## CONCLUSIONES

El Síndrome de Guillain Barré es una radiculoneuropatía desmielinizante aguda o crónica que se caracteriza por presentar pérdida de la fuerza muscular de los miembros inferiores y superiores de manera ascendente y simétrica, se presenta posterior a un proceso infeccioso viral o bacteriano que puede ser respiratorio o gastrointestinal. Es un trastorno de aparición brusca y súbita que presenta síntomas de entre las dos a cuatro semanas, con el peligro de que aparezca la depresión respiratoria siendo la más grave, provocada por parálisis de los músculos de la respiración.

Según los autores los cuidados de enfermería se pueden sistematizar de acuerdo a las necesidades, proyectando diagnósticos enfermeros propios de la taxonomía NANDA siendo los más importantes: alteración de la oxigenación relacionado con el compromiso de músculos respiratorios manifestado por disnea, entubación oro traqueal, presencia de estertores roncales y abundantes secreciones, limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con respiración asistida, alteración de la deglución relacionada con la afección del quinto par craneal manifestado por disfagia, alteración de la eliminación urinaria relacionada con deterioro sensitivo-motor, deterioro de la movilidad física y alteración de la comunicación.

Las manifestaciones clínicas primordiales que se toman en cuenta para ejecutar las intervenciones de enfermería son: debilidad progresiva de los músculos periférico y respiratorios, sensaciones de adormecimiento y alfilerazos en los dedos de pies y mano, dolor en la región lumbar baja o en las piernas, parálisis facial bilateral que es la más común pero también debilita los músculos de la deglución, fonación y masticación. La alteración de la autonomía se presenta en más del 50% de los casos con manifestaciones como;

hipotensión, hipertensión, taquicardia, gastroparesia, íleo parálitico, diarrea y alteraciones pupilares.

De acuerdo a las necesidades alteradas en el paciente con Síndrome de Guillain Barré se describen a continuación las siguientes intervenciones de enfermería; manejo de las vías aéreas, precauciones para evitar las aspiración, manejo intestinal, alimentación, manejo de la nutrición, fomento de la comunicación por déficit del habla, cuidados de la retención o incontinencia urinaria, autocuidado baño e higiene, cuidados del paciente encamado, prevención de úlceras por presión, prevención de caídas, manejo del dolor, disminuir la ansiedad. Intervenciones que se sostienen por los autores ya enunciados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Febrer JLF, Guillain GC. Epónimos y biografías médicas 1. València, España; 1876 [cited 2019 Jan 2]. Available from: <http://www.historiadelamedicina.org/guillain.html>
2. González-Losada C, Victoria-García M, Dorta-Contreras AJ. Método de aglutinación en látex para el diagnóstico rápido del síndrome de Guillain-Barré [Internet]. Vol. 27, VacciMonitor. 2018 [cited 2019 Jan 23]. Available from: [www.vaccimonitor.finlay.edu.cu](http://www.vaccimonitor.finlay.edu.cu)
3. OMS. Síndrome de Guillain–Barré. 31 DE OCTUBRE. 2016 [cited 2018 Nov 5]. p. 1. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/guillain-barré-syndrome>
4. Dimachkie MM, Barohn RJ. Guillain-Barré syndrome and variants. *Neurol Clin.* 2013 May [cited 2019 Jan 11];31(2):491–510. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23642721>
5. Bessem Damak M, Regaieg K, Masmoudi W, Kallel A, Habib Elleuch M, Bouaziz M. Pronostic et devenir fonctionnel du syndrome de Guillain-Barré en réanimation. *Kinésithérapie, la Rev* [Internet]. 2017 Apr 1 [cited 2019 Jan 28];17(184):84. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1779012317301547>
6. ECUADOR M. LINEAMIENTOS PARA LA IDENTIFICACION Y TRATAMIENTO DEL SINDROME DE GUILLAIN-BARE EN EL CONTEXTO DEL BROTE DEL VIRUS DE ZIKA [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 8]. p. 4. Available from: <http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Zika/Lineamientos/LINEAMIENTO IDENTIFICACION SINDROME GUILLAIN BARRE ZIKA.pdf>
7. ACTUALIDAD SINDROME DE GUILLAIN BARRE [Internet]. [cited 2019 Jan 23]. Available from: [http://diresatacna.gob.pe/media/ckeditor/files/BOL\\_SE\\_48.pdf](http://diresatacna.gob.pe/media/ckeditor/files/BOL_SE_48.pdf)
8. OSSAMA NASSER LAAOULA, MARIN CARLOS SM. Plan de cuidados

- enfermeros en el paciente con Síndrome de Guillain Barré en una unidad de cuidados intensivos [Internet]. PortalesMedicos.com; 2018 [cited 2019 Jan 23]. Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-enfermeros-en-el-paciente-con-sindrome-de-guillain-barre-en-una-unidad-de-cuidados-intensivos/>
9. López E, Tutor G, Ortiz B, Cotutor S, Esther M, de Enfermería F, et al. PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ [Internet]. Universidad de Valladolid; 2015 [cited 2018 Nov 9]. Available from: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/11891/1/TFG-H259.pdf>
  10. Cancino-Morales KL, Balcázar-Martínez Matus-Miranda VR, Manuel Velasco N. ArtíCuLo de innovACión pArA LA práCtiCA Intervenciones de enfermería en una persona con síndrome de Guillain-Barré tipo AMAN, bajo la teoría de Dorothea Orem. Enfermería Univ [Internet]. 2013 [cited 2018 Nov 9];10(1):27–32. Available from: [www.elsevier.es/](http://www.elsevier.es/)
  11. Sandra Maria Oliveira Caixeiro-Brandao EE, Ornellas Coll J, Almeida Medeiros A, Almeida Medeiros Lima A, Macedo do Vale B, Santos de Oliveira R. RETO IDENTIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA PAR EL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRE.THE CHALLENGE FOR IDENTIFYING THE NURSING DIAGNOSIS OF GUILLAIN-BARRÉ SYNDROME O DESAFIO NA IDENTIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PARA A SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ. [cited 2019 Jan 28]; Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/7057/6310>
  12. Ana Hermosín Alcalde, Elena Pereira Jiménez ANM. Revista electrónica de PortalesMedicos.com. [Internet]. PortalesMedicos.com; 2017 [cited 2019 Jan 28]. Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/sindrome-guillain-barre-diagnosticos-enfermeros/>
  13. OMS-OPS. Guillain-Barré SÍNDROME [Internet]. NICARAGUA; 2016 [cited 2019 Jan 10]. Available from: [https://www.paho.org/nic/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=724-boletin-informativo-de-guillain-barre&category\\_slug=vigilancia-de-la-salud-publica&Itemid=235](https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=724-boletin-informativo-de-guillain-barre&category_slug=vigilancia-de-la-salud-publica&Itemid=235)
  14. El Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares(NINDS). Síndrome de Guillain-Barré: National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) [Internet]. [cited 2019 Jan 24].

Available from:

- [https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/el\\_sindrome\\_de\\_guillain\\_barre.htm#que](https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/el_sindrome_de_guillain_barre.htm#que)
15. Santiago Puga Torres M, Padrón Sánchez A, Rigoberto Bravo Pérez M. SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ [Internet]. [cited 2019 Jan 11]. Available from: [http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol32\\_2\\_03/mil09203.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol32_2_03/mil09203.pdf)
  16. JACKSON BR, ZEGARRA JA, LÓPEZ-GATELL H, SEJVAR J, ARZATE F, WATERMAN S, et al. Binational outbreak of Guillain–Barré syndrome associated with *Campylobacter jejuni* infection, Mexico and USA, 2011. *Epidemiol Infect* [Internet]. 2014 May 7 [cited 2019 Jan 11];142(05):1089–99. Available from: [http://www.journals.cambridge.org/abstract\\_S0950268813001908](http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0950268813001908)
  17. Erick M Ramírez-Rayón 1, Javier M Ávalos-Ríos 1, Francisco J García-Jiménez 2, José M Blancas-Cervantes 2, David, Añorve-Clavel 3, et al. Síndrome de Guillain-Barré concomitante con infección por virus Zika. *Med Int Méx* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 11];1–11. Available from: <https://doi.org/10.24245/mim.v34i5.1778>
  18. Vellozzi C, Iqbal S, Broder K. Guillain-Barre Syndrome, Influenza, and Influenza Vaccination: The Epidemiologic Evidence. *Clin Infect Dis* [Internet]. 2014 Apr 15 [cited 2019 Jan 11];58(8):1149–55. Available from: <https://academic.oup.com/cid/article-lookup/doi/10.1093/cid/ciu005>
  19. Balcázar-Martínez V, Matus-Miranda R. ENEO (Institution) KL, Enfermería Universitaria. [Internet]. Vol. 10, Enfermería universitaria. Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; 2013 [cited 2018 Nov 6]. 27-32 p. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632013000100006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000100006)
  20. Manrique G, Bahamon G, Motta A, Ramos C. Síndrome de Guillain - Barré : Un mirada actual. *RFS* [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 5]; Available from: <https://www.journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/1408>
  21. Guillermo González Manrique<sup>1</sup>, Germán Giraldo Bahamon<sup>2\*</sup>, Alejandro González Motta<sup>3</sup> CFR. Síndrome Guillain-Barré: Una mirada actual. *RFS Rev Fac Salud* [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 5];38. Available from: <https://www.journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/1408/2478>
  22. Ricardo Erazo Torricelli. Síndrome de Guillain Barré en pediatría [Internet]. Vol. 69, Medicina (Buenos Aires) Sociedad Argentina de Investigación Clínica. Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2009: La Sociedad; 2009 [cited 2019 Jan 10]. 84-91 p.

Available from: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802009000200010](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802009000200010)

23. Domínguez Borgúa A, Valenzuela Plata A, Andrés Jiménez Sánchez J, Luis J, Chagoya M, Becerra AB, et al. Variant aMan of the guillain-Barre Syndrome in a 40-Year-old Male Patient [Internet]. [cited 2019 Jan 6]. Available from: [www.nietoeditores.com.mx](http://www.nietoeditores.com.mx)
24. Rebolledo-García D, Oscar González-Vargas P, Medina-López Z, Salgado Calderón I, Barré G. Revista Mexicana de Neurociencia Síndrome de Guillain Barré: viejos y nuevos conceptos Guillain Barre syndrome: older and news concepts Revisión Palabras clave [Internet]. [cited 2019 Jan 6]. Available from: [http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2018/01/RevMexNeuroci\\_2018\\_191-80-93-R.pdf](http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2018/01/RevMexNeuroci_2018_191-80-93-R.pdf)
25. Walgaard C, Drenthen J, Fokke C, Jacobs BC, van den Berg B, van Doorn PA. Guillain–Barré syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment and prognosis. *Nat Rev Neurol* [Internet]. 2014 Aug 15 [cited 2019 Jan 6];10(8):469–82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25023340>
26. Vidrio-Becerra ME, Valle-Leal J, Loaiza-Sarabia ME, Alvarez-Bastidas L, Lachica-Valle JI, López-Morales CM. Valor de la concentración de proteínas en el líquido cefalorraquídeo en pacientes pediátricos con síndrome de Guillain-Barré. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2018 May 11 [cited 2019 Jan 6];150(9):331–5. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775317305857>
27. Alvarado L J, Vergara B L. Estudio electrodiagnóstico en síndrome de Guillain Barré en adultos. *Rev Chil Neuropsiquiatr* [Internet]. 2016 Jun [cited 2019 Jan 6];54(2):123–32. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272016000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272016000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
28. Ballón-Manrique B, Campos-Ramos N. Características clínicas y paraclínicas del Síndrome de Guillain-Barré en el Hospital Regional Lambayeque. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2017 Apr 6 [cited 2019 Jan 10];80(1):23. Available from: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/3056>
29. Pérez-Lledó E, Díaz-Vico A, Gómez-Gosálvez FA. Síndrome de Guillain-Barré: presentación clínica y evolución en menores de 6 años de edad. *An Pediatría* [Internet]. 2012 Feb 1 [cited 2019 Jan 29];76(2):69–76. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1695403311000452>



30. Yuki N, Hartung H-P. Guillain–Barré Syndrome. *N Engl J Med* [Internet]. 2012 Jun 14 [cited 2019 Jan 6];366(24):2294–304. Available from: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMra1114525>
31. Suárez FE, Ortiz GI, Mogollón JP, Clavijo L, Ortíz PA, Rodríguez JH, et al. *Acta Neurológica Colombiana* [Internet]. Vol. 32, *Acta Neurológica Colombiana*. Asociación Colombiana de Neurología; 2016 [cited 2019 Jan 7]. 184-189 p. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-87482016000300002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482016000300002)
32. Arméstar F, Arméstar F, Catalán B, Martínez S. Síndrome de Guillain Barré en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev Médica Trujillo* [Internet]. 2018 Jul 15 [cited 2019 Jan 7];13(2). Available from: <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/article/view/1950>
33. Dr. Amilcar Caballero, Trejo DJB, Bruce Diemond, Hernández DDÁ, Escobar Rodríguez DCJ, Fonseca León DGG, et al. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA GPC SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ Segundo y Tercer Nivel de Atención Evidencias y Recomendaciones [Internet]. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, editor. Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc: CENETEC ; 2016 [cited 2019 Jan 18]. 1-77 p. Available from: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>
34. ALVARO NICOLAY ASTUDILLO MARIÑO M, PATRICIO SANTIAGO JURADO MELO M. EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA MEDIANTE LA HERRAMIENTA [Internet]. UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR; 2014 [cited 2018 Nov 9]. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4647/1/T-UCE-0006-39.pdf>
35. Tejedor C, Arango Fernández F, Pérez Fidalgo A, González Ablanedo R, Palacio Villazón R, Alvarez Cano A, et al. Premio Público Póster: Síndrome de Guillain-Barre. *Rev Científica la Soc Española Enfermería Neurológica* [Internet]. 2009 Jan 1 [cited 2019 Jan 13];30(1):7–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2013524609700303>
36. Ojeda De Orrego M. Plan de cuidados de enfermería a paciente con enfermedad autoinmune síndrome de Guillain-Barré [Internet]. Vol. 6. 2017 [cited 2018 Nov 9]. Available from: <http://investigacion.uninorte.edu.py/wp-content/uploads/2018/07/v0601-a02.pdf>
37. Mckinney S. full-text. *Univ ZARAGOZA SALUD* [Internet]. 2015;2–21. Available

- from: <https://zaguan.unizar.es/record/70577/files/TAZ-TFG-2015-366.pdf>
38. Elizabeth Villarreal Cantillo<sup>1</sup>, Maryangela Castro Ravelo<sup>2</sup>, María Cristina Dangond Sierra<sup>2</sup>, Lisbeth Johana Palacio Carpio<sup>2</sup>, Ruby Paola Pereira Gutiérrez. Síndrome de Guillain-Barré: Aprendiendo a vivir con una discapacidad residual. proQuest [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 16]; Available from: [https://media.proquest.com/media/pq/classic/doc/4312610871/fmt/pi/rep/NONE?\\_s=s4c0Jv3Fa9JPcQPbqbn%2B4AR%2BCDk%3D](https://media.proquest.com/media/pq/classic/doc/4312610871/fmt/pi/rep/NONE?_s=s4c0Jv3Fa9JPcQPbqbn%2B4AR%2BCDk%3D)
  39. GABRIELA GONZALES. Revista electrónica de PortalesMedicos.com. [Internet]. PortalesMedicos.com; 2011 [cited 2019 Jan 29]. 1-3 p. Available from: <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3853/1/Cuidados-de-enfermeria-en-paciente-pediatrico-con-diagnostico-de-Guillain-Barre>
  40. Abigail Cantellán Pérez NNC. Revista electrónica de PortalesMedicos.com. [Internet]. PortalesMedicos.com; 2015 [cited 2019 Jan 29]. Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-guillain-barre-henderson/>

ANEXOS

Anexo 1

Triangulación teórica.

<b>AUTOR</b>	<b>TÉCNICA DE VALORACIÓN O MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>NECESIDAD DE CUIDADO</b>	<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b>	<b>INTERVECIONES / ACCIONES DE ENFERMERÍA</b>
Cancino  2012	Dorothea Órem	Respiración           Nutrición	Alteración de la oxigenación R/C compromiso de músculos respiratorios M/P disnea, intubación oro traqueal, presencia de estertores roncantes y abundantes secreciones.  Alteración de la deglución R/C afección del IX nervio craneal M/P disfagia.  Alteración de la comunicación	Monitorización continua, manejo de la vía aérea.  Manejo de la respiración y aspiración de secreciones     Alimentación, manejo de la nutrición, control de peso diario

		Comunicación	verbal R/C vía aérea artificial M/P imposibilidad para emitir lenguaje verbal audible	<p>Solicitar la ayuda de la familia en la comprensión del lenguaje del paciente, dar una mandato simple cada vez, si es el caso, utilizar palabras simples y frases cortas</p> <p>Estar de pie delante del paciente al hablar, usar cartones con dibujos, si es preciso, proporcionar un refuerzo y una valoración positiva para satisfacer la necesidad la persona para manifestar que quiere algo, no se debe olvidar el apoyo más importante es el que se recibe de la familia los cuales son los principales vínculos para un buen intercambio de información.</p>
González G 2011	Dorothea Órem	Déficit de autocuidado  Alteración de la movilidad  Inmovilidad  Ansiedad	Déficit de autocuidado relacionado con inmovilidad  Perdida de la integridad de la piel relacionado con inmovilidad en miembros inferiores	<p>Interacción enfermera paciente-familiar.</p> <p>Evaluarle el nivel de dificultad para moverse.</p> <p>Realizarle higiene y confort en cama</p> <p>Proporcionarle un ambiente privado durante el baño.</p> <p>Mantenerle hidratada la piel aplicándole crema humectante</p> <p>Indicarle a la madre la importancia de los cambios posturales para prevenir las úlceras por presión.</p> <p>Suministrarle ropa y sabana limpia</p> <p>Estimular el movimiento e las piernas mediante un</p>

		<p>Temor de no volver a caminar</p>	<p>Alto riesgo de caída relacionado con ansiedad de querer caminar</p> <p>Deterioro de la movilidad física relacionado con inmovilidad en miembros inferiores</p>	<p>masaje</p> <p>Administrar tratamiento según indicaciones médicas</p> <p>Incentivarle y apoyarle sobre su pronta recuperación</p> <p>Interacción enfermera paciente-familiar</p> <p>Evaluarle el nivel de dificultad para moverse</p> <p>Motivar a la paciente de que pronto volverá a caminar</p> <p>Mantener una actitud positiva frente a la paciente para que confíe en que podrá caminar</p> <p>Estimularle el movimiento de las piernas realizándole un pequeño masaje en las piernas</p>
<p>Tejedor C 2009</p>		<p>Respiración</p>	<p>Riesgo de aspiración,</p> <p>Desequilibrio nutricional por defecto</p> <p>Limpieza ineficaz vías aéreas</p> <p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.</p>	<p>Manejo de las vías aéreas</p> <p>Precauciones para evitar la aspiración</p> <p>Monitorización respiratoria</p> <p>Alimentación enteral por sonda</p>

		Nutrición		Manejo intestinal,
		Eliminación	Incontinencia urinaria	Cambio de posición
		Comunicación	Deterioro de la comunicación verbal,	Cuidados del/de la paciente encamado/a
		Movilidad	Riesgo de síndrome de desuso	Ayuda con los autocuidados: baño/higiene,
		Seguridad y	Riesgo de baja autoestima situacional,	Cuidados de la retención urinaria
		Protección	Desatención unilateral,	Cuidados de la incontinencia urinaria
			Riesgo de caídas.	Cuidados cardiacos
			Conocimientos deficientes,	Potenciación de la autoestima
			Temor	Potenciación de la imagen corporal
				Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo
				Apoyo a la familia,
				Terapia de deglución
				Prevención de úlceras por presión
				Manejo de presiones
				Disminución de la ansiedad

			Riesgo de infección	Mejorar la comunicación: déficit del habla Prevenición de caídas Manejo ambiental: seguridad Protección contra las infecciones
Ojeda M 2017		Respiración  Movilidad	Patrón respiratorio ineficaz relacionado con parálisis de los músculos respiratorios.  Deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad.  Deterioro de la movilidad física relacionado con atrofia muscular. Alteración del bienestar (dolor) relacionada con la hipersensibilidad al tacto.  Alteración de perfusión cística cardiopulmonar y cerebral relacionada con fluctuación concomitante de la presión	Cada uno deberá resolverse en su momento de forma individual, pero cuidando el manejo del soporte vital.

		Nutrición	<p>arterial.</p> <p>Deterioro de la deglución relacionado con disminución de la fuerza de los músculos de la masticación.</p> <p>Riesgo de déficit de volumen de líquidos corporales relacionados con disminución en la ingesta por vía oral.</p> <p>Alteración de la nutrición por defecto relacionada con incapacidad de ingerir alimentos.</p>	
		Eliminación	<p>Alteración de la eliminación urinaria relacionada con deterioro sensitivo –motor.</p> <p>Deterioro de la deglución relacionado con disminución de la fuerza de los músculos de la masticación.</p>	



		Comunicación	<p>Deterioro de la comunicación verbal relacionado con intubación traqueal y/o traqueotomía.</p> <p>Déficit de autocuidado total relacionado con deterioro neuromuscular y musculo esquelético.</p>	
		Seguridad y protección	<p>Temor relacionado con incremento de la presión sanguínea.</p> <p>Afrontamiento individual inefectivo relacionado con pérdida de control de la fusión corporal.</p> <p>Alteraciones sensorceptivas (Táctil) relacionadas con parestesias.</p>	

<p>Hermosin A 2017</p>			<p>Riesgo de síndrome de desuso</p> <p>Riesgo de baja autoestima situacional</p> <p>Desatención unilateral</p> <p>Riesgo de aspiración</p> <p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea</p> <p>Deterioro de la comunicación verbal</p> <p>Riesgo de caídas</p> <p>Desequilibrio nutricional por defecto</p> <p>Conocimientos deficientes</p> <p>Temor</p>	<p>En estos enfermos se impone cumplir las medidas generales prescritas para evitar y prevenir la aparición de complicaciones graves</p>
--------------------------------	--	--	--	--

			Riesgo de infección Limpieza ineficaz vías aéreas	
Cantellan A 2015	14 necesidades Virginia Henderson	Movilidad	Dificultad para la movilidad en la cama relacionado con el deterioro del estado físico, la falta de fuerza muscular manifestado por dolor constante.	<p>Explicación de las razones del reposo en cama.</p> <p>Colocación al paciente sobre la alineación corporal adecuada.</p> <p>Se cuidó el uso ropa de cama que no presentara texturas ásperas.</p> <p>Se mantuvo la cama limpia, seca y libre de arrugas.</p> <p>Uso de apoyos para los pies.</p> <p>Uso de dispositivos en la cama que protegieran al paciente.</p> <p>Aplicación de dispositivos para evitar los pies equinos.</p> <p>Utilización de las barandillas.</p> <p>Cambio de posición, según lo indicaba el estado de la piel.</p>

				<p>Vigilancia del estado de la piel.</p> <p>Ayuda a las medidas de higiene.</p> <p>Ayuda a las actividades de la vida diaria.</p> <p>Control de las evacuaciones</p> <p>Control de la función urinaria.</p> <p>Monitoreo del estado pulmonar.</p> <p>Motivación al paciente para lograr su participación en los cambios de posición.</p> <p>Vigilancia el estado de oxigenación antes y después del cambio de posición.</p> <p>Colocación en la posición terapéutica especificada.</p> <p>Incorporación en el plan de cuidados la posición preferida del paciente para dormir, si no estaba contraindicada.</p> <p>Colocación en posición para el alivio de la disnea</p>
--	--	--	--	---

				<p>(posición semifowler), cuando corresponda.</p> <p>Uso de apoyos en las zonas edematosas (almohadas debajo de los brazos y apoyo de escroto).</p> <p>Utilización de un apoyo adecuado para el cuello.</p> <p>Se proporcionó un ambiente tranquilo y de apoyo, limpio y seguro.</p> <p>Se vigilaron sus actividades sociales y visitas.</p> <p>Se evitaron las exposiciones innecesarias a corrientes, exceso de calefacción o frío.</p> <p>Se cuidó la iluminación sobre todo que se diera la luz directa en los ojos.</p> <p>Se le colocó de forma que se facilitó la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento).</p>
			<p>Patrón respiratorio ineficaz debido a la disfunción</p>	<p>Las intervenciones de enfermería a través de la</p>

<p>Caixeiro 2012</p>	<p>14 Necesidades básicas de Virginia Henderson.</p>	<p>Respiración</p> <p>Movilidad</p> <p>Alimentación</p> <p>Descanso</p>	<p>neuromuscular / musculo esquelético</p> <p>Percepción sensorial perturbada relacionada al déficit neurológico; Riesgo de síndrome del desuso como consecuencia de la inactividad</p> <p>Movilidad física perjudicada como consecuencia de la disminución de la fuerza</p> <p>Hipertermia; riesgo de desequilibrio en la temperatura corporal.</p> <p>Deglución perjudicada debido al compromiso de los pares craneales (por ejemplo, glosofaríngeo IX, vago X, responsables de la deglución).</p> <p>Nutrición desequilibrada: menos</p>	<p>Intervención Clasificación (NIC) según el diagnóstico.</p>
--------------------------	--	---	---	---

		Eliminación	<p>que las necesidades corporales, pudiendo estar asociada al debilitamiento de los tonos musculares ya la incapacidad de ingerir comida.</p> <p>Dolor agudo relacionado con la disfunción neuromuscular;</p>	
Mckinney S 2015	14 necesidades de Virginia Henderson	<p>Movilización</p> <p>Eliminación fecal y urinaria</p> <p>Higiene y cuidado de la</p>	<p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización prolongada (Fuerza física).</p> <p>Riesgo de estreñimiento r/c debilidad de la musculatura abdominal, estrés psicológico e inmovilidad prolongada.</p> <p>Riesgo de caídas r/c deterioro neurológico, deterioro de la movilidad y de la fuerza de las</p>	<p>Aspiración de las vías aéreas</p> <p>Manejo de las vías aéreas artificiales,</p> <p>Prevención de úlceras por presión,</p> <p>Prevención de úlceras por presión,</p> <p>Fisioterapia respiratoria</p>

		<p>piel,</p> <p>Alimentación</p> <p>Seguridad</p>	<p>extremidades y enfermedad aguda.</p> <p>Ansiedad r/c alto grado de estrés por progreso de la enfermedad y amenaza de muerte m/p se muestra agitado, nervioso, se siente desesperanzado y preocupado.</p> <p>Temor r/c deterioro sensorial y amenaza de muerte m/p percepción de amenaza, sentimientos de terror.</p>	<p>Mantenimiento de la salud bucal</p> <p>Cuidados de la estoma.</p>
Ossama N 2018	14 necesidades de Virginia Henderson	<p>Respiración</p> <p>Movilidad</p> <p>Comunicación</p>	<p>Patrón respiratorio ineficaz relacionado con compromiso de músculos respiratorios manifestado por disminución de la capacidad vital, disnea, intubación naso-traqueal, presencia de estertores roncales y abundantes secreciones.</p>	<p>Manejo de las vías respiratoria</p> <p>Monitorización respiratoria continúa para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso.</p>



			<p>Deterioro de la movilidad en la cama; relacionado con afección neuromuscular; manifestado por deterioro de la habilidad para Pasar de decúbito lateral derecho a decúbito lateral izquierdo y viceversa; “deslizarse” o cambiar de posición en la cama.</p> <p>Deterioro de la comunicación verbal r/c intubación endotraqueal m/p imposibilidad para emitir lenguaje verbal audible.</p>	<p>Cambios de posición horaria</p> <p>Mejorar la escucha activa así mostrar interés al paciente</p> <p>Fomentar la comunicación si presentan déficit del habla.</p> <p>No olvidar el manejo de la nutrición y el fomento del sueño</p>
López E 2014	14 necesidades de Virginia	Oxigenación Nutrición,	Riesgo de aspiración Limpieza ineficaz de las vías	Asegurar la permeabilidad de la vía aérea, enseñando a toser de manera efectiva

	Henderson	<p>hidratación.</p> <p>Eliminación.</p> <p>Moverse y mantener una posición adecuada.</p> <p>Sueño y descanso.</p> <p>Termorregulación. Mantener la higiene</p> <p>Comunicarse.</p> <p>Vivir según sus valores y creencias.</p> <p>.Aprender, descubrir y satisfacer la</p>	<p>aéreas Patrón respiratorio ineficaz</p> <p>Déficit de autocuidado: alimentación</p> <p>Desequilibrio de la nutrición: por defecto</p> <p>Estreñimiento</p> <p>Deterioro en la movilidad física,</p> <p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea</p> <p>Insomnio</p> <p>Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal</p> <p>Déficit de autocuidado baño/higiene</p> <p>Riesgo de caídas</p> <p>Riesgo de infección Ansiedad</p>	<p>Poner al paciente en una posición que alivie la disnea, fisioterapia respiratoria</p> <p>Aspiración de las vías aéreas</p> <p>Extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de un catéter</p> <p>Aspiración en la vía naso traqueal del paciente.</p> <p>Monitorización respiratoria</p> <p>Alimentación, suministrar la ingesta alimenticia al paciente que no puede nutrirse por sí mismo.</p> <p>Manejo de la nutrición, ayudar y/o proporcionar una dieta balanceada, promover la ingesta de calorías adecuada según las preferencias de comidas del paciente e ir monitorizando el peso periódicamente.</p> <p>Manejo del estreñimiento/impactación</p> <p>Terapia de ejercicios: control muscular Manejo del dolor</p> <p>Prevención de las úlceras por presión</p>
--	-----------	--	---	--

		curiosidad.	Dolor agudo  Deterioro de la comunicación verbal  Baja autoestima situacional  Disposición para mejorar el autocuidado	Vigilancia de la piel para mantener integridad de la piel  Fomentar el sueño, para facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia. Termorregulación y monitorización de signos vitales  Minimizar el contagio y transmisión de agentes.  Cuidados del catéter urinario  Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso  Manejo del dolor  Fomento de la comunicación por déficit del habla
Villareal E 2016	13 dominios NANDA	Promoción de la salud  Actividad reposo  Autopercepción  Rol/ relaciones  Afrontamiento-tolerancia al	Déficit de actividades recreativas  Deterioro de la movilidad física  Baja autoestima situacional.  Deterioro ineficaz del rol.	Los cuidados de enfermería se han de enfocar en cubrir las necesidades básicas, las actividades de la vida diaria y han de tener en cuenta los riesgos potenciales.

		estrés Seguridad y protección	Deterioro de la resiliencia  Riesgo de caídas  Aislamiento social.	
--	--	-------------------------------------	--	--

Anexo 2

