



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado

Proceso de atención de enfermería ejecutado en un  
paciente con Síndrome de Guillain-Barré ingresado  
en una unidad de cuidados intensivos

Nursing care plan on a patient with Guillain-Barré  
Syndrome admitted to an intensive care unit

Autor

Mario Cortina Lagunas

Directora

Dra. Isabel Antón Solanas

Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza

Curso académico 2021-2022

# ÍNDICE

<b>1</b>	<b>RESUMEN</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>ABSTRACT</b> .....	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>5</b>
	3.1 JUSTIFICACIÓN.....	8
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>9</b>
	4.1 OBJETIVO GENERAL: .....	9
	4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....	9
<b>5</b>	<b>METODOLOGÍA</b> .....	<b>10</b>
	5.1 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DE EVIDENCIA CIENTÍFICA .....	10
	5.2 ELABORACIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	11
<b>6</b>	<b>DESARROLLO:</b> .....	<b>12</b>
	6.1 PRESENTACIÓN DEL CASO .....	12
	6.1.1 Anamnesis.....	12
	6.1.2 Pruebas complementarias.....	13
	6.2 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA Y ESCALAS .....	13
	6.3 PLAN DE CUIDADOS.....	17
	6.3.1 Diagnóstico y planificación .....	17
	6.3.2 Ejecución.....	32
	6.3.3 Evaluación .....	37
<b>7</b>	<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>43</b>
<b>8</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>44</b>

## 1 RESUMEN

**Introducción:** El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es la causa más frecuente de parálisis flácida aguda generalizada. Se trata de una enfermedad con una baja incidencia que personaliza un escenario en el que el paciente es consciente de su deterioro a lo largo del transcurso de la enfermedad, sin llegar a perder el estado de alerta. El SGB incluye una serie de variantes clínicas cuya fisiopatogénesis es todavía indeterminada. Algunos estudios concluyen que, tras una infección, se produce una respuesta autoinmune contra el sistema nervioso que provoca una pérdida de las vainas de mielina en los axones de las neuronas. Tiene pronóstico favorable, aunque existe la posibilidad de sufrir secuelas y en el peor de los casos la muerte.

**Objetivo principal:** El principal objetivo del presente trabajo fue identificar y establecer las necesidades reales y potenciales de un varón en la fase crítica del síndrome de Guillain-Barré ingresado en una unidad de cuidados intensivos (UCI), para ser abordadas a través de un proceso de atención enfermero individualizado.

**Metodología:** Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos científicas orientada al SGB y a los cuidados de enfermería de los pacientes ingresados en UCI. La información fue acotada a una antigüedad no mayor a 10 años. En base a esta búsqueda se llevó a cabo el plan de cuidados individualizado utilizando un lenguaje y metodología enfermera.

**Conclusión:** Los cuidados enfermeros del paciente con SGB durante su ingreso en UCI se centraron en el control de los signos y síntomas tanto clínicos como psicológicos, implicando a la familia en el proceso terapéutico. A través de una atención multidisciplinar, y en especial del equipo de enfermería, las complicaciones y secuelas del síndrome pueden reducirse, consiguiendo mejorar la calidad de vida del paciente durante su estancia hospitalaria.

**Palabras clave:** SGB, Cuidados de Enfermería, UCI

## 2 ABSTRACT

**Introduction:** Guillain-Barré syndrome (GBS) is the most common cause of acute generalized flaccid paralysis. It is a disease with a low incidence that personalizes a scenario in which the patient is aware of his deterioration throughout the course of the disease, without losing his alert state. GBS includes a series of clinical variants whose physiopathogenesis is still undetermined. Some studies conclude that, after an infection, an autoimmune response is produced against the nervous system that causes a loss of myelin sheaths in the axons of neurons. It has a favorable prognosis, although there is the possibility of sequelae and, in the worst case, death.

**Aim:** The main objective of this study was to identify and establish the real and potential needs of a man in the critical phase of Guillain-Barré syndrome admitted to an intensive care unit (ICU), to be addressed through a nursing care process. individualized.

**Methodology:** A bibliographic review was carried out in the main scientific databases focused on GBS and nursing care for patients admitted to the ICU. The information was limited to an age of no more than 10 years. Based on this search, the individualized care plan was carried out using a nursing language and methodology.

**Conclusion:** The nursing care of the patient with GBS during his admission to the ICU focused on the control of both clinical and psychological signs and symptoms, involving the family in the therapeutic process. Through multidisciplinary care, and especially from the nursing team, the complications and sequelae of the syndrome can be reduced, improving the quality of life of the patient during their hospital stay.

**Key words:** GBS, Nursing care, ICU

### 3 INTRODUCCIÓN

Con la erradicación de la poliomielitis en el mundo occidental, el SGB ha pasado a ser la causa más frecuente de parálisis flácida aguda generalizada (1,2). Habitualmente se trata de una enfermedad invalidante que, según su gravedad puede ser transitoria, permanente u ocasionalmente fatal. Asimismo, genera angustia en el enfermo y en sus familiares, y un elevado coste económico derivado de la posible admisión en una unidad de cuidados intensivos (UCI). El tratamiento del SGB grave requiere una atención multidisciplinaria centrada en los cuidados pertinentes para tratar de disminuir los factores de riesgo morbilidad y mortalidad en la persona (3-5).

La descripción inicial del SGB se atribuye en 1859 al médico e investigador Jean Baptiste Octave Landry de Thézilla, quien introdujo el término 'parálisis aguda ascendente' en la descripción de 10 casos (6).

Durante la primera guerra mundial, los neurólogos Georges Charles Guillain y Jean Alexandre Barré ejercían como médicos entre las filas del ejército francés. Fueron ellos quienes describieron el caso de dos soldados que regresaron a casa parcialmente parálíticos y que posteriormente se recuperaron de este trastorno. En 1916, Guillain, Barré y André Strohl reportaron un caso fatal de polineuritis con un aumento en la concentración de proteínas en el líquido cefalorraquídeo (LCR) sin pleocitosis (proceso denominado disociación albumino-citológica), después de la vacunación contra la fiebre tifoidea a una persona. Posteriormente se excluyó el nombre de Strohl en ésta y siguientes publicaciones sobre este síndrome sin razón aparente (7). Constituyó un descubrimiento clave para la época al poder diferenciar esta condición de la sífilis y la tuberculosis, muy frecuentes por aquel entonces, además de la poliomielitis y otras neuropatías (1,8).

En 1956, Charles Miller Fisher hizo públicas observaciones sobre casos de pacientes con trastorno de SGB que desarrollaban oftalmoplejía, ataxia y arreflexia. Así concluyó la existencia de enfermos con una condición similar o relacionada con el SGB, diferenciando variantes atípicas del SGB (3,7,9).

El SGB se define como un trastorno inmunomediado con desmielinización de los nervios periféricos y de espontánea remisión; que

incluye el subtipo predominante de los casos de SGB vistos en el mundo occidental (3). Constituye una serie heterogénea de neuropatías periféricas que se manifiestan como formas variantes de este trastorno, con rasgos electromiográficos y patológicos distintos; y con una producción de anticuerpos específicos contra los antígenos gangliósidos (inmunoglobulinas tipo g) que incluyen los tipos gm1, gm1b, gd1<sup>a</sup>, gq1b, gt1 (5,10–12).

Entre los subtipos variantes de este síndrome se encuentra en primer lugar la forma más común de SGB, la polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (PDIA), que representa el 90% de los casos de SGB en Europa y Norteamérica y será la variante expuesta en este caso clínico. Otros subtipos son el síndrome de Miller Fisher (SMF); pandisautonomía neuropática aguda (PNA), neuropatía sensitiva pura aguda (NSPA), encefalitis troncoencefálica de Bickerstaff, neuropatía axonal motora aguda (NAMA) y neuropatía sensitivo motora aguda (NASMA) entre otras (11,13–17).

La incidencia del SGB en todo el mundo oscila entre 0,4 y 2,4 casos por 100.000 habitantes/ año, y afecta a personas de cualquier edad con un pico de mayor incidencia entre la quinta y octava década de la vida. Además, el SGB es más recuente en el género masculino con una proporción de 1,78:1 (3,12). Un estudio retrospectivo realizado en el Hospital Clínico de Zaragoza reportó una incidencia de 1,56/100.000 habitantes de SGB en Aragón (18). Aunque generalmente el SGB ocurre de manera aislada, existe la rara probabilidad del 5% de volver a sufrir un segundo episodio. Entre un 2% y 8% de casos de SGB resultan fatales. Sin embargo, cuando el paciente requiere de ventilación mecánica, esta cifra puede aumentar hasta el 30%(3).

Desde un enfoque etiológico, todavía no se conoce el mecanismo específico causante del SGB. La hipótesis más aceptada en todo el mundo que sirve de base en las investigaciones actuales consiste en que tras una infección usualmente de tipo microbiano, pero no en todos los casos de las vías respiratorias o del tracto intestinal, se produce una respuesta inmune idiosincrática que ocasiona una reacción cruzada contra las proteínas básicas del sistema nervioso (8).

Aproximadamente el 70% de los casos son precedidos por una infección en el transcurso de 4 semanas previas al inicio de los síntomas. Otros

antecedentes menos frecuentes citados en la literatura incluyen la cirugía, la anestesia, el embarazo, la picadura de insectos y algunas inmunizaciones (3).

Entre el grupo de virus asociados al SGB los más frecuentes son el Herpes Zoster y Simple, Epstein Barr, Citomegalovirus, Varicela, Sarampión, Echo virus 7 y 9, VIH, Virus Humano T Linfotrófico, Rabia, Parotiditis, Hepatitis A y B, Influenza y más recientemente el SARS-CoV-2. En el grupo de bacterias destacan el *Campilobacter Jejuni*, *Plasmodium Falciparum*, *Escherichia Coli*, *Shiguella*, *Salmonella* y *Micoplasma Neumoniae*. Dentro de las inmunizaciones, se vinculan vacunas como de la Influenza, Tétanos, Hepatitis B, Rabia, *Hemophylus Influenzae*, Viruela, Poliomiелitis, Parotiditis, Rubéola, Sarampión y Fiebre Tifoidea (8,9,19–22).

En relación con la vacuna anti-influenza estacional cabe destacar que, aunque se ha demostrado que la vacuna es segura y que los beneficios superan con creces los riesgos potenciales, existe un riesgo de entre un 1% y un 8% por millón de vacunas administradas de desarrollar SGB, ya que en varios periodos de vacunación se ha observado un aumento de la incidencia. Este porcentaje puede variar cada año dado que la composición de la vacuna cambia anualmente, y estos cambios menores pueden alterar el riesgo de padecer SGB en periodo post-inmunización. Asimismo, queda totalmente desaconsejada una reinmunización en casos de SGB precedidos a una vacunación (23–25).

Información concluida de estudios anatomopatológicos y algunos modelos experimentales prueban que en la fisiopatogénesis autoinmune del SGB intervienen tanto factores celulares como humorales. El rasgo característico de éste trastorno para las variantes típicas lo compone la existencia de un infiltrado inflamatorio intervenido por macrófagos que responde atacando regiones inmunogénicas diana en la superficie de las células de Schwann, más específicamente contra la mielina que producen éstas células. Este proceso origina una neuropatía aguda desmielinizante (en el 85/90 % de los casos), así como la existencia de un daño axonal variable cuando el proceso es más grave y reacciona contra determinantes antigénicos contenidos en la membrana axonal, lo que ocasiona la forma axonal aguda

(en el 10-15 % de los casos). Sea como sea, ambos mecanismos siempre parecen dar como resultado la activación del complemento y de los macrófagos, lo que conduce finalmente a la destrucción de la mielina. Como no hay mielina, se produce una incapacidad en la conducción nerviosa que provocaría la debilidad en el SGB. Sin embargo, las mialgias y parestesias son achacadas a descargas espontáneas originadas en fibras sensitivas también afectadas por la desmielinización (3,8,9,18,26).

### **3.1 Justificación**

El SGB es la principal polineuropatía periférica en todo el mundo y debido a su escasa incidencia, continúa siendo una patología desconocida para la población en general. La rapidez sumada a la gravedad con la que puede cursar su clínica genera una gran preocupación y angustia en el paciente y su familia. El autor de este trabajo padeció esta enfermedad, motivándole a investigar sobre el síndrome y realizar el presente plan de cuidados, que recoge información científica obtenida tras una revisión bibliográfica y experiencia personal.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo general:**

El principal objetivo del presente trabajo fue identificar y establecer las necesidades reales y potenciales de un varón con SGB en la fase crítica ingresado en una UCI para ser abordadas a través de un PAE individualizado.

### **4.2 Objetivos específicos:**

- Determinar las prioridades del cuidado en pacientes con SGB en fase aguda
- Profundizar sobre el cuidado psicológico en pacientes con parálisis repentina mediante estrategias de afrontamiento y adaptación a la evolución de la enfermedad

## 5 METODOLOGÍA

### 5.1 Estrategia de búsqueda de evidencia científica

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica orientada a SGB y a los cuidados de enfermería de los pacientes ingresados en UCI para contextualizar este trabajo y sustanciar el plan de cuidados. Se revisaron las bases de datos científicas, libros, así como otras fuentes principalmente electrónicas relevantes al cuidado de pacientes con SGB, incluyendo fundaciones y asociaciones de pacientes con SGB.

La estrategia de búsqueda de evidencia científica actualizada y relevante se llevó a cabo en las siguientes bases de datos: Scielo, Dialnet, Cuiden, Elsevier, Pubmed, Web of Science (WOS), y ScienceDirect. Los términos incluyeron síndrome de Guillain Barre/Guillain Barre syndrome, enfermería/nursing y UCI/ICU, y se combinaron con el booleano AND. En caso de obtener ruido o silencio en las búsquedas, se utilizaron filtros y herramientas disponibles en las bases de datos para ampliar o acotarlas, según correspondiera (Tabla 1).

Tabla 1. Estrategia de búsqueda de evidencia científica en bases de datos.

Bases de datos	Estrategia de búsqueda	Artículos recuperados	Artículos duplicados	Artículos seleccionados
<b>WOS</b>	((TS=(guillain barre)) AND ALL=(icu or intensive care)) AND ALL=(nurse or nursing) Filters: from 2012 - 2022	11	0	3
<b>Pubmed</b>	(("Guillain-Barre Syndrome"[Mesh]) AND (ICU OR intensive care)) AND (nurse OR	6	0	5

	nursing) Filters: from 2012 - 2022			
<b>Dialnet</b>	(Guillain Barre) AND (Care) Filters: from 2020 - 2022)	7	0	4
<b>Scielo</b>	(Guillain Barre) AND ((ICU OR (Care)) Filters: from 2015 - 2022	9	0	3
<b>Elsevier</b>	(Guillain Barre) Filters: From 2013-2022 Knowledge area: Nursing	8	0	3

Los criterios de selección de artículos científicos incluyeron: 1) publicación en inglés o en español, y 2) antigüedad no mayor de 10 años, para garantizar la actualización de los contenidos. Se eliminaron los resultados que no pudieron ser recuperados a texto completo y aquellos que versaban sobre una etapa de la enfermedad diferente a la etapa crítica.

## 5.2 Elaboración del caso clínico

Para la descripción del caso clínico y la elaboración del plan de cuidados, se consultaron casos clínicos similares publicados, así como informes clínicos del paciente. No fue necesario obtener permiso del paciente para acceder a esta información por tratarse del autor de este trabajo. Se hizo especial énfasis en la relación del SGB junto con procesos infecciosos de Influenza y/o Covid19, debido a la naturaleza del caso.

## **6 DESARROLLO:**

### **6.1 Presentación del caso**

#### 6.1.1 Anamnesis

Paciente varón de 22 años de edad que acude a urgencias ante incapacidad para la deambulación y dificultad para la deglución. Sin antecedentes médicos de interés. Alergia a Ácido Clavulánico. Actualmente no toma ninguna medicación. No fuma ni bebe. Estudiante de enfermería, vive en casa con su hermano y padres. Doble dosis de vacunación contra COVID19 AstraZeneca (1ª dosis 15/02/2021 y 2ª dosis 03/06/2021. Vacunado de la gripe (InfluvacTetra) dos semanas antes, inicia síntomas respiratorios 3 días después, y tras otros 3 días PCR COVID-19 arroja resultados positivos. 2 días antes de acudir a urgencias inició su cuadro clínico con síntomas sensitivos positivos, que se iniciaron a nivel de glúteo pero que se han generalizado en todo el cuerpo, y desarrolla rápida y progresivamente debilidad en extremidades inferiores con parestesias y distesias.

El día anterior acude a urgencias del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, pero sus síntomas se asocian al COVID-19 y es dado de alta. En pocas horas desarrolla tetraparesia de predominio proximal con disfagia, sin disnea, y decide acudir a urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) para una segunda valoración. Tras valoración por equipo de neurología y debido a la rápida progresión del cuadro se decide ingreso en UCI por SGB en el contexto de infección por COVID19 y vacunación estacional de gripe.

Paciente consciente y orientado ingresa en UCI postcardiaca del HUMS procedente de servicio de urgencias el día 05/12/22. Es monitorizado, se canaliza catéter central de inserción periférica en brazo izquierdo y catéter arterial con transductor para monitoreo de presión arterial en muñeca izquierda, fijada con dos puntos de sutura. Se administra medicación vasoactiva, analgésica e inicia nutrición parenteral (NP). Se realiza punción lumbar para estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR). Pasa 1 día en box aislado por tratarse de caso COVID+. Tras negativizar el mismo día, es trasladado a la UCI polivalente del mismo hospital.

### 6.1.2 Pruebas complementarias

- Punción lumbar para estudio anticuerpos antiganglósidos en LCR y proteinograma con determinación de Ig.
- ECG.
- TAC cerebral con contraste.
- Estudio neurofisiológico. Electromiografía.
- PCR COVID-19.

## 6.2 Valoración de enfermería y escalas

A su ingreso en la UCI polivalente, su enfermera asignada acude a recibirlo y realiza la valoración de enfermería según el Modelo de las 14 Necesidades de Virginia Henderson (Tabla 2). Además, completa la Escala de Norton(27) (resultado = 12, riesgo alto de aparición de úlceras por presión (UPP)), el Índice de Barthel(28) (resultado = 10, por lo que es totalmente dependiente a las ABVD) y el Test de disfagia MECV-V(29).

Tras realizar la valoración de enfermería, se priorizan las necesidades más relevantes para formular el plan de cuidados (Tabla 2).

Tabla 2. Valoración según el Modelo de las 14 Necesidades de Virginia Henderson.

<b><u>Necesidad 1. Respirar normalmente</u></b>		
<b>Manifestaciones de independencia</b>	<b>Manifestaciones de dependencia</b>	<b>Datos a considerar</b>
No se observan	Tos inefectiva debido a la falta de fuerza y capacidad pulmonar para expectorar secreciones.	Se considera infección COVID19 resuelta tras PCR negativa y ausencia de síntomas respiratorios por lo que no requiere precauciones específicas. Músculos respiratorios afectados presentan debilidad. Riesgo alto de iniciar ventilación mecánica.

		Tensión arterial y pulso afectados por compromiso autonómico debido a SGB. SatO2: 99%
<b><u>Necesidad 2. Comer y beber adecuadamente</u></b>		
<b>Manifestaciones de independencia</b>	<b>Manifestaciones de dependencia</b>	<b>Datos a considerar</b>
No se observan	Alteración en la ingesta, presenta disfagia de sólidos y líquidos.	Peso actual: 70kg Talla: 1,74m Índice de Masa Corporal (IMC): 23,1 Paciente en estado hipercatabólico secundario al estrés, posible desequilibrio nutricional y de deshidratación. Iniciada NP
<b><u>Necesidad 3. Eliminación de desechos corporales</u></b>		
<b>Manifestaciones de independencia</b>	<b>Manifestaciones de dependencia</b>	<b>Datos a considerar</b>
Continente	Requiere de botella para orinar	Paciente refiere que sabe cuándo empieza, pero no cuándo acaba de orinar. Riesgo de necesitar sonda vesical y de estreñimiento por inmovilidad y uso de determinados fármacos.
<b><u>Necesidad 4. Moverse y mantener posturas adecuadas</u></b>		
<b>Manifestaciones de independencia</b>	<b>Manifestaciones de dependencia</b>	<b>Datos a considerar</b>
Puede utilizar timbre de la cama	Parestesias y movilidad muy limitada con progresión ascendente	Consciente propioceptivamente. Presenta tetraparesia, leve movilidad de cabeza y EESS.
<b><u>Necesidad 5. Dormir y descansar</u></b>		

<b>Manifestaciones de independencia</b>	<b>Manifestaciones de dependencia</b>	<b>Datos a considerar</b>
Descanso escaso pero procura estar relajado y controlar ansiedad	Problema de insomnio debido a su patología, agravado por la situación en UCI (ruidos, luces, irrupciones en su habitación para labores sanitarias, colchón antiescaras). Posible necesidad de administrar medicación para favorecer la conciliación del sueño	No ha tomado antes medicación para dormir

#### **Necesidad 6. Vestirse y desvestirse**

<b>Manifestaciones de independencia</b>	<b>Manifestaciones de dependencia</b>	<b>Datos a considerar</b>
No se observan	Incapaz debido a la falta de movilidad	Paciente permanecerá desnudo

#### **Necesidad 7. Mantener la temperatura corporal**

<b>Manifestaciones de independencia</b>	<b>Manifestaciones de dependencia</b>	<b>Datos a considerar</b>
No se observan	Necesita ayuda para cubrirse/destaparse	Temperatura fluctuante por afección autonómica. Refiere no ser consciente de si sus extremidades están frías o calientes

#### **Necesidad 8. Higiene corporal, integridad de mucosas y piel**

<b>Manifestaciones de independencia</b>	<b>Manifestaciones de dependencia</b>	<b>Datos a considerar</b>
No se observan	Inválido para satisfacer esta necesidad, requiere cuidados especiales	Escala de Norton: 12. Presenta riesgo alto de aparición de Úlceras por presión y deterioro de la integridad cutánea. Riesgo de sequedad de mucosas por oxigenoterapia.

#### **Necesidad 9. Evitar los peligros del entorno**

<b>Manifestaciones de independencia</b>	<b>Manifestaciones de dependencia</b>	<b>Datos a considerar</b>
	Pérdida de sensibilidad, parestesias y hormigueos. Puede presentar dolor y ansiedad.	Riesgo de infecciones nosocomiales. Riesgo de caídas y traumatismos.
<b><u>Necesidad 10. Comunicarse con otros</u></b>		
<b>Manifestaciones de independencia</b>	<b>Manifestaciones de dependencia</b>	<b>Datos a considerar</b>
Puede hablar, pero con dificultad. Realiza pausas para coger aire.	Posible introspección emocional manifestada por angustia y miedos a secuelas. Incapaz de gesticular	Estudiante de enfermería; comprende la mayoría de la terminología y procesos que observa a su alrededor. Conoce procedimientos y medicaciones administradas.
<b><u>Necesidad 11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias</u></b>		
<b>Manifestaciones de independencia</b>	<b>Manifestaciones de dependencia</b>	<b>Datos a considerar</b>
		Riesgo de desesperanza debido al desconocimiento del proceso.
<b><u>Necesidad 12. Trabajar y sentirse realizado</u></b>		
<b>Manifestaciones de independencia</b>	<b>Manifestaciones de dependencia</b>	<b>Datos a considerar</b>
-	-	Interrumpido
<b><u>Necesidad 13. Participar en actividades recreativas</u></b>		
<b>Manifestaciones de independencia</b>	<b>Manifestaciones de dependencia</b>	<b>Datos a considerar</b>
-	-	Interrumpido
<b><u>Necesidad 14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad</u></b>		
<b>Manifestaciones de independencia</b>	<b>Manifestaciones de dependencia</b>	<b>Datos a considerar</b>
Dispuesto a aprender sobre la enfermedad	Incapaz de buscar información por sí mismo, ayuda de la familia	

## 6.3 PLAN DE CUIDADOS

### 6.3.1 Diagnóstico y planificación

Una vez realizada la valoración de las necesidades por Virginia Henderson y establecidas las manifestaciones de dependencia se presentan los diagnósticos enfermeros reales y potenciales (Tablas 3-11). Para su determinación, se utilizó el recurso electrónico NNN Consult(30); todos los diagnósticos fueron formulados según la NANDA. Existe la posibilidad de que un número mayor de diagnósticos pudiera formularse para cada necesidad; sin embargo, los que aparecen a continuación fueron seleccionados en función del establecimiento de prioridades en el diseño del plan de cuidados.

Tabla 3. Diagnósticos NANDA, NOC y NIC Necesidad 1.

<b>Necesidad 1. Respirar normalmente</b>	
<p><b>NANDA [00031] Limpieza ineficaz de las vías aéreas</b> r/c retención de secreciones m/p uso de los músculos accesorios para respirar y tos ineficaz</p> <p><b>Definición:</b> Reducción de la capacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.</p> <p><b>Domino 11:</b> Seguridad/Protección.</p> <p><b>Clase 2:</b> Lesión física</p>	
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
<p><b>[0914] Estado neurológico: función sensitiva/motora medular</b></p> <p><b>Dominio 2:</b> Salud fisiológica</p> <p><b>Clase J:</b> Neurocognitiva</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- [91401] Movimiento de cabeza y hombro</li> <li>- [91403] Reflejos tendinosos profundos</li> </ul>	<p><b>[3140] Manejo de la vía aérea</b></p> <p><b>Dominio 2:</b> Fisiológico: Complejo</p> <p><b>Clase K:</b> Control respiratorio</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminar las secreciones fomentando la tos o mediante succión.</li> <li>- Identificar al paciente que requiera de manera</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- [91404] Sensibilidad cutánea corporal</li> <li>- [91405] Fuerza del movimiento de la extremidad</li> <li>- [91406] Flacidez</li> </ul>	<p>real/potencial la intubación de vías aéreas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar fisioterapia torácica, si está indicado.</li> <li>- Administrar tratamientos con aerosol, si está indicado.</li> <li>- Administrar aire u oxígeno humidificados, según corresponda.</li> <li>- Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda.</li> </ul>
---	--

**NANDA [00032] Patrón respiratorio ineficaz** r/c fatiga y ansiedad m/p alteración del volumen tidal y de los movimientos torácicos, y disminución de la presión espiratoria e inspiratoria.

**Definición:** Inspiración y/o espiración que no proporciona una ventilación adecuada.

**Dominio 4:** Actividad/Reposo

**Clase 4:** Respuestas cardiovasculares/pulmonares

<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
<p><b>[0403] Estado respiratorio: ventilación</b></p> <p><b>Dominio 2:</b> Salud fisiológica</p> <p><b>Clase E:</b> Cardiopulmonar</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- [40303] Profundidad de la respiración</li> <li>- [40309] Utilización de los músculos accesorios</li> <li>- [40331] Acumulación de esputos</li> <li>- [40332] Espiración alterada</li> <li>- [40313] Disnea de reposo</li> </ul>	<p><b>[3320] Oxigenoterapia</b></p> <p><b>Dominio 2:</b> Fisiológico: Complejo</p> <p><b>Clase K:</b> Control respiratorio</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, según corresponda.</li> <li>- Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrar oxígeno suplementario según órdenes.</li> <li>- Vigilar el flujo de litros de oxígeno.</li> <li>- Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno.</li> <li>- Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la oxigenoterapia.</li> </ul>
--	---

Según la evidencia científica, el paciente con SGB puede experimentar debilidad progresiva de los músculos respiratorios, por lo que es importante observar periódicamente la afectación de los músculos tanto inspiratorios como espiratorios. Esto puede cuantificarse clínicamente a través de pruebas para la función respiratoria (31-34).

Tabla 4. Diagnósticos NANDA, NOC y NIC Necesidad 2.

<b>Necesidad 2. Comer y beber adecuadamente</b>	
<p><b>[00103] Deterioro de la deglución</b> r/c enfermedades neuromusculares m/p deterioro de la habilidad para vaciar la cavidad oral, atragantamiento y dificultad en la deglución</p> <p><b>Definición:</b> Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con un déficit en la estructura o función oral, faríngea o esofágica</p> <p><b>Dominio 2:</b> Nutrición</p> <p><b>Clase 1:</b> Ingestión</p>	
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
<p><b>[1010] Estado de deglución</b></p> <p><b>Dominio 2:</b> Salud fisiológica</p> <p><b>Clase K:</b> Digestión y Nutrición</p> <p><b>Indicadores:</b></p>	<p><b>[3200] Precauciones para evitar la aspiración</b></p> <p><b>Dominio 2:</b> Fisiológico: Complejo</p> <p><b>Clase K:</b> Control respiratorio</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- [101004] Capacidad de masticación</li> <li>- [101006] Capacidad para limpiar la cavidad oral</li> <li>- [101012] Atragantamiento, tos o náuseas</li> </ul>	<p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar la presencia de disfagia, según corresponda.</li> <li>- Evitar líquidos o utilizar agentes espesantes.</li> <li>- Proporcionar cuidados orales.</li> </ul>
<p><b>NANDA [00002] Desequilibrio nutricional:</b> inferior a las necesidades r/c debilidad de los músculos necesarios para la deglución m/p hipotonía muscular</p> <p><b>Definición:</b> Consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.</p> <p><b>Dominio 2:</b> Nutrición</p> <p><b>Clase 1:</b> Ingestión</p>	
NOC	NIC
<p><b>[1013] Estado de deglución: fase faríngea</b></p> <p><b>Domino 2:</b> Salud fisiológica</p> <p><b>Clase K:</b> Digestión y Nutrición</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- [101316] Aspiraciones</li> <li>- [101306] Esfuerzo deglutorio aumentado</li> <li>- [101301] Momento del reflejo de deglución</li> <li>- [101303] Atragantamiento, tos o náuseas</li> </ul>	<p><b>[1200] Administración de nutrición parenteral total (NPT)</b></p> <p><b>Domino 1:</b> Fisiológico: Básico</p> <p><b>Clase D:</b> Apoyo nutricional</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener una técnica estéril al preparar y colgar las soluciones de NPT.</li> <li>- Realizar un cuidado aséptico y meticuloso con regularidad del catéter venoso central, sobre todo de su sitio de salida, para asegurar un uso prolongado, seguro y sin complicaciones.</li> <li>- Evitar el uso del catéter para fines distintos a la administración de NPT (p. ej., transfusiones de sangre y</li> </ul>

	<p>toma de muestras de sangre).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar una bomba de infusión para el aporte de las soluciones de NPT.</li> <li>- Mantener un flujo constante de la solución de NPT.</li> <li>- Informar al médico acerca de los signos y síntomas anormales asociados con la NPT, y modificar los cuidados en consonancia.</li> </ul>
--	--

Al ingreso en UCI polivalente el paciente presenta disfagia de sólidos y líquidos debido a la afección del IX nervio craneal, por lo que existe riesgo de aspiración y atragantamientos. En este caso es necesario valorar el grado de disfagia mediante el algoritmo MECV-V. Asimismo es esencial suplir la necesidad de nutrición mediante la administración de un preparado de micronutrientes y macronutrientes, además de sueroterapia, todo ello por vía parenteral. (5,18,31)

Tabla 5. Diagnósticos NANDA, NOC y NIC Necesidad 3.

<b>Necesidad 3. Eliminación</b>	
<p><b>NANDA [00016] Deterioro de la eliminación urinaria</b> r/c deterioro sensitivo-motor y relajación involuntaria del esfínter, m/p dificultad para iniciar el chorro de orina e incontinencia urinaria.</p> <p><b>Dominio 3:</b> Eliminación e Intercambio</p> <p><b>Clase 1:</b> Función urinaria</p>	
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
<p><b>[0503] Eliminación urinaria</b></p> <p><b>Dominio 2:</b> Salud fisiológica</p> <p><b>Clase F:</b> Eliminación</p> <p><b>Indicadores:</b></p>	<p><b>[0610] Cuidados de la incontinencia urinaria</b></p> <p><b>Dominio 1:</b> Fisiológico: Básico</p> <p><b>Clase B:</b> Control de la eliminación</p> <p><b>Actividades:</b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- [50301] Patrón de eliminación</li> <li>- [50336] Incontinencia funcional</li> <li>- [50314] Reconoce la urgencia</li> <li>- [50310] Vacilación al orinar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar intimidad para la evacuación.</li> <li>- Proporcionar prendas protectoras o compresas, si es necesario</li> <li>- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.</li> </ul>
--	--

Es importante controlar la capacidad de continencia del paciente puesto que ésta puede verse comprometida. Los pacientes con SGB tienen contraindicados los medicamentos que incrementen la motilidad gastrointestinal como consecuencia del compromiso autonómico del sistema nervioso. Así, puede existir la necesidad de ser sondado vesicalmente en caso de pérdida total de conciencia de la micción. (4,31)

Tabla 6. Diagnósticos NANDA, NOC y NIC Necesidad 4.

<b>Necesidad 4. Moverse y mantener posturas adecuadas.</b>	
<p><b>NANDA [00085] Deterioro de la movilidad física</b> r/c disminución de la fuerza muscular y enfermedades neuromuscular, m/p disminución de las habilidades motoras finas y gruesas.</p> <p><b>Definición:</b> Limitación del movimiento independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.</p> <p><b>Dominio 4:</b> Actividad/Reposo</p> <p><b>Clase 2:</b> Actividad/Ejercicio</p>	
NOC	NIC
<p><b>[0911] Estado neurológico: control motor central</b></p> <p><b>Dominio 2:</b> Salud fisiológica</p> <p><b>Clase J:</b> Neurocognitiva</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- [91103] Mantenimiento de la postura</li> <li>- [91101] Equilibrio</li> <li>- [91105] Reflejo de Babinski</li> </ul>	<p><b>[0840] Cambio de posición</b></p> <p><b>Dominio 2:</b> Fisiológico: Básico</p> <p><b>Clase C:</b> Control de la inmovilidad</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- [91106] Reflejos tendinosos profundos</li> <li>- [91112] Movimiento intencionado a partir de una orden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, según corresponda.</li> <li>- Animar al paciente a participar en los cambios de posición, según corresponda.</li> <li>- Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.</li> <li>- Colocar en posición de alineación corporal correcta.</li> <li>- Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.</li> <li>- Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, según el programa específico, según corresponda.</li> </ul>
--	--

**NANDA [00093] Fatiga** r/c pérdida de la condición física, dolor, ansiedad y alteración del sueño/vigilia, m/p introspección, expresa desmoralización

**Definición:** Sensación abrumadora y sostenida de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo físico y mental habitual.

**Dominio 4:** Actividad/Reposo

**Clase 3:** Equilibrio de la energía

<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
<p><b>[0208] Movilidad</b></p> <p><b>Dominio 1:</b> Salud funcional</p> <p><b>Clase C:</b> Movilidad</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- [20803] Movimiento muscular</li> <li>- [20804] Movimiento articular</li> </ul>	<p><b>[0180] Manejo de la energía</b></p> <p><b>Dominio 1:</b> Fisiológico: Básico</p> <p><b>Clase A:</b> Control de actividad y ejercicio</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Animar la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- [20814] Se mueve con facilidad</li> <li>- [20801] Mantenimiento del equilibrio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional</li> <li>- Ayudar al paciente a comprender los principios de conservación de energía (p. ej., requisitos para la restricción de actividad o reposo en cama).</li> </ul>
--	---

A consecuencia de la inmovilidad voluntaria e involuntaria del paciente pueden presentarse diversas complicaciones de diferente gravedad. A nivel circulatorio podrá ser administrada medicación profiláctica frente a tromboembolias venosas como pudiera ser la Enoxaparina sódica, por orden médica. Frente a dicha inmovilidad, y junto al equipo de fisioterapia, la enfermera podrá llevar a cabo terapias de movilización y ejercicios pasivos para el afrontamiento de la angustia situacional, con objeto de proporcionar un mínimo de confort.(31–33)

Tabla 7. Diagnósticos NANDA, NOC y NIC Necesidad 5.

Necesidad 5. Dormir y descansar	
<p><b>NANDA [00198] Trastorno del patrón del sueño</b> r/c alteraciones del entorno e intimidad insuficiente, m/p despertarse sin querer, dificultad para conciliar el sueño y expresa cansancio</p> <p><b>Definición:</b> Despertarse a causa de factores externos durante un tiempo limitado.</p> <p><b>Dominio 4:</b> Actividad/Reposo</p> <p><b>Clase 1:</b> Sueño/Reposo</p>	
NOC	NIC
<p><b>[0004] Sueño</b></p> <p><b>Dominio 1:</b> Salud funcional</p> <p><b>Clase A:</b> Mantenimiento de la energía</p> <p><b>Indicadores:</b></p>	<p><b>[1850] Mejorar el sueño</b></p> <p><b>Dominio 1:</b> Fisiológico: Básico</p> <p><b>Clase F:</b> Facilitación del autocuidado</p> <p><b>Actividades:</b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- [403] Patrón del sueño</li> <li>- [401] Horas de sueño</li> <li>- [406] Sueño interrumpido</li> <li>- [416] Apnea del sueño</li> <li>- [422] Pesadillas</li> <li>- [421] Dificultad para conciliar el sueño</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño.</li> <li>- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.</li> <li>- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño</li> <li>- Fomentar el uso de medicamentos para dormir que no contengan supresor(es) de la fase REM.</li> </ul>
---	--

La situación de ingreso en UCI supone un estrés y cúmulo de estímulos ajenos al paciente que pueden perturbar su ciclo sueño-vigilia, por lo que reducir los ruidos y luces en medida de lo posible en la noche tendrá beneficios sobre el paciente. A esto se le suma que el dolor y la alteración del sistema autonómico, que ayudan a la privación del sueño. (31)

Tabla 8. Diagnósticos NANDA, NOC y NIC Necesidad 8.

<b>Necesidad 8. Higiene/Piel</b>	
<p><b>NANDA [00047] Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c</b> disminución de la movilidad y actividad física</p> <p><b>Definición:</b> Susceptible de padecer una alteración en la epidermis y/o la dermis, que puede comprometer la salud.</p> <p><b>Dominio 11:</b> Seguridad/Protección</p> <p><b>Clase 2:</b> Lesión física</p>	
NOC	NIC
<b>[1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas</b>	<b>[3540] Prevención de úlceras por presión</b>

**Dominio 2:** Salud fisiológica

**Clase L:** Integridad tisular

**Indicadores:**

- [110102] Sensibilidad
- [110101] Temperatura de la piel
- [110113] Integridad de la piel

**[2400] Función sensitiva: táctil**

**Dominio 2:** Salud fisiológica

**Clase Y:** Función sensitiva

**Indicadores:**

- [240008] Parestesia
- [240012] Pérdida de la sensibilidad
- [240017] Discriminación de presión
- [240015] Discriminación térmica

**Dominio 2:** Fisiológico: Complejo

**Clase L:** Control de la piel/heridas

**Actividades:**

- Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.
- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, según corresponda.
- Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.
- Proporcionar con frecuencia pequeños cambios de la carga corporal.

**[3590] Vigilancia de la piel**

**Dominio 2:** Fisiológico: Complejo

**Clase L:** Control de la piel/heridas

**Actividades:**

- Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Documentar los cambios en la piel y las mucosas.
- Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p.

	<p>ej., colchón antiescaras, horario de cambios posturales).</p> <p><b>[0740] Cuidados del paciente encamado</b></p> <p><b>Dominio 1:</b> Fisiológico: Básico</p> <p><b>Clase C:</b> Control de la inmovilidad</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado.</li> <li>- Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada.</li> <li>- Colocar los objetos de uso frecuente al alcance.</li> <li>- Colocar el mando de la cama al alcance de la mano.</li> <li>- Colocar la luz de llamada al alcance.</li> </ul>
--	--

La exposición continuada a la presión sobre una misma zona del cuerpo genera un daño progresivo en el tejido conectivo de la epidermis y la dermis pudiendo originar el comienzo de una UPP. Es importante el control de la humedad o sequedad de las diferentes zonas de apoyo del cuerpo en el colchón, intentando alternar los puntos de presión. El uso de cremas o Aceites como los ácidos grasos hiperoxigenados como el Corpitol ayudan a evitar complicaciones cutáneas como las UPP. (31,34,35)

Tabla 9. Diagnósticos NANDA, NOC y NIC Necesidad 9.

<b>Necesidad 9. Evitar peligros/Seguridad</b>
<b>NANDA [00183] Disposición para mejorar el confort</b> m/p expresa deseo de mejorar la relajación.

<p><b>Definición:</b> Patrón de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y/o social, que puede ser reforzado.</p> <p><b>Dominio 12:</b> Confort</p> <p><b>Clase 1:</b> Confort físico</p>	
NOC	NIC
<p><b>[2010] Estado de comodidad: física</b></p> <p><b>Dominio 5:</b> Salud percibida</p> <p><b>Clase U:</b> Salud y calidad de vida</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- [201004] Posición cómoda</li> <li>- [201006] Acicalamiento e higiene personal</li> <li>- [201011] Vías aéreas permeables</li> <li>- [201017] Mialgias</li> <li>- [201021] Incontinencia urinaria</li> </ul>	<p><b>[6480] Manejo ambiental</b></p> <p><b>Dominio 4:</b> Seguridad</p> <p><b>Clase V:</b> Control de riesgos</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminuir los estímulos ambientales, según corresponda.</li> <li>- Ayudar al paciente o a su familia a disponer postales, flores y regalos para facilitar que el paciente los vea.</li> <li>- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible</li> <li>- Proporcionar la música que elija el paciente</li> <li>- Permitir que la familia/allegado se queden con el paciente.</li> </ul>

La mejora del confort del paciente se puede abordar desde diferentes dimensiones. El manejo del dolor, además de con el uso de opiáceos, puede abordarse desde una perspectiva no farmacológica a través de cambios posturales en la cama del paciente, masajes, musicoterapia o técnicas de relajación. Para evitar el delirio y la desorientación es adecuado la colocación de reloj y calendario a la vista del paciente. (31)

Tabla 10. Diagnósticos NANDA, NOC y NIC Necesidad 10.

## Necesidad 10. Comunicación

**NANDA [00051] Deterioro de la comunicación verbal** r/c debilidad de los músculos respiratorios, enfermedades del sistema nervioso periférico y alteración del autoconcepto, m/p deterioro de la habilidad para usar expresiones corporales, dificultad de la habilidad para usar expresiones faciales y fatiga con la conversación

**Definición:** Capacidad reducida, retardada o ausente para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.

**Dominio 5:** Percepción/Cognición

**Clase S:** Comunicación

NOC	NIC
<p><b>[1212] Nivel de estrés</b></p> <p><b>Dominio 3:</b> Salud Psicosocial</p> <p><b>Clase M:</b> Bienestar psicológico</p> <p><b>Intervenciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- [121214] Trastornos del sueño</li> <li>- [121219] Arrebatos emocionales</li> <li>- [121220] Irritabilidad</li> <li>- [121232] Disminución de la productividad</li> </ul> <p><b>[1215] Conciencia de uno mismo</b></p> <p><b>Dominio 3:</b> Salud psicosocial</p> <p><b>Clase M:</b> Bienestar psicológico</p> <p><b>Intervenciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- [121506] Reconoce las limitaciones físicas personales</li> <li>- [121518] Reflexiona sobre los sentimientos para el autoconocimiento</li> </ul>	<p><b>[4920] Escucha activa</b></p> <p><b>Dominio 3:</b> Conductual</p> <p><b>Clase Q:</b> Potenciación de la comunicación</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mostrar interés por el paciente.</li> <li>- Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.</li> <li>- Verificar la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.</li> </ul> <p><b>[5820] Disminución de la ansiedad</b></p> <p><b>Dominio 3:</b> Conductual</p> <p><b>Clase T:</b> Fomento de la comodidad psicológica</p> <p><b>Actividades:</b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- [121527] Se imagina en el futuro</li> <li>- [121522] Expresa necesidades a los demás</li> <li>- [121523] Acepta propiedad de los pensamientos</li> <li>- [121520] Expresa sentimientos a los demás</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.</li> <li>- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</li> <li>- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.</li> </ul>
--	--

Es prioridad todo lo relativo a la comunicación con el paciente con SGB puesto que no se puede comunicar y expresar con facilidad. Existen métodos para afrontar esta barrera como puede ser una hoja con pictogramas con acciones básicas o establecer un pequeño lenguaje que permita una comunicación más eficaz. (31)

Tabla 11. Diagnósticos NANDA, NOC y NIC Necesidad 12.

<b>Necesidad 12. Trabajar y sentirse realizado</b>	
<p><b>NANDA [00153] Riesgo de baja autoestima situacional</b> r/c disminución del control del entorno y deterioro funcional</p> <p><b>Definición:</b> Susceptible de un cambio de una percepción positiva a una percepción negativa sobre el valor, la aceptación, el respeto, la competencia y la actitud hacia uno mismo en respuesta a una situación real, que puede comprometer la salud.</p> <p><b>Dominio 6:</b> Autopercepción</p> <p><b>Clase 2:</b> Autoestima</p>	
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
<p><b>[1308] Adaptación a la discapacidad física</b></p> <p><b>Dominio 3:</b> Salud psicosocial</p> <p><b>Clase N:</b> Adaptación psicosocial</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- [130803] Se adapta a las limitaciones funcionales</li> </ul>	<p><b>[5400] Potenciación de la autoestima</b></p> <p><b>Dominio 3:</b> Conductual</p> <p><b>Clase R:</b> Ayuda para el afrontamiento</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- [130802] Verbaliza reconciliación con la discapacidad</li> <li>- [130806] Utiliza estrategias para disminuir el estrés relacionado con la discapacidad</li> <li>- [130821] Obtiene información sobre la discapacidad</li> </ul> <p><b>[1309] Resiliencia personal</b>  <b>Dominio 3:</b> Salud psicosocial  <b>Clase N:</b> Adaptación psicosocial  <b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- [130903] Expresa emociones</li> <li>- [130906] Muestra un estado de ánimo positivo</li> <li>- [130914] Se adapta a adversidades como desafíos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario.</li> <li>- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.</li> <li>- Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.</li> <li>- Explorar los logros de éxitos anteriores.</li> <li>- Comprobar la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre sí mismo.</li> </ul> <p><b>[5230] Mejorar el afrontamiento</b>  <b>Dominio 3:</b> Conductual  <b>Clase R:</b> Ayuda para el afrontamiento  <b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.</li> <li>- Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.</li> <li>- Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión).</li> </ul>
--	---

Un paciente con SGB que se encuentra ingresado en una UCI implica que su compromiso autonómico y grado de inmovilidad es elevado. Una cabeza totalmente consciente que en pocos días ha perdido el control sobre su cuerpo puede causar un desafrontamiento y desesperanza que influirán en la estima

y ánimo del paciente. El papel del equipo de enfermería en el ámbito psicológico y apoyo emocional será de vital importancia para el cuidado óptimo del paciente. (31)

Se excluyó para la elaboración de los diagnósticos las necesidades que no tuvieran la prioridad pertinente al servicio de UCI.

### 6.3.2 Ejecución

La realización de las actividades planificadas previamente se lleva a cabo en la fase de ejecución, cuyo objetivo es el manejo de la sintomatología y el cuidado intrahospitalario en la UCI. El profesional de enfermería es el responsable de llevar a cabo estas actividades con la colaboración del paciente y de sus familiares. Además, durante el proceso la enfermera cuenta con la colaboración multidisciplinar del resto de profesionales que trabajan en la UCI, tales como los médicos, fisioterapeutas, Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) y celadores. A continuación, se presenta una descripción detallada del desarrollo de las intervenciones de cada uno de los diagnósticos NANDA enunciados (tabla 12).

Tabla 12. Ejecución de las actividades según los diagnósticos de enfermería.

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b>	<b>EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES</b>
<p><b>[00031] Limpieza ineficaz de las vías aéreas</b></p>	<p>Se vigilará frecuentemente el estado de oxigenación y la sensación de agobio al respirar del paciente, pudiendo requerir la colocación de gafas nasales de O<sub>2</sub> humidificado a bajo flujo como medida de soporte. En caso de tener secreciones se le colocará en decúbito lateral y aplicaremos la técnica de clapping para favorecer la limpieza de las vías aéreas. Se valorará la administración de aerosoles con</p>

	<p>medicación broncodilatadora para incrementar la secreción. Se dispondrá del aparato "Cough Assist" para suplir la falta de fuerza al espirar y en consecuencia la incapacidad de toser. Bajo la supervisión del equipo de fisioterapia, se enseñarán ejercicios respiratorios al paciente.</p>
<p><b>[00032] Patrón respiratorio ineficaz</b></p>	<p>Se controlará concienzudamente la calidad de la saturación de oxígeno en sangre periférica y las características de los movimientos respiratorios (profundidad, sonido e intensidad), así como de su frecuencia. Será de vital importancia observar los posibles signos y síntomas de alarma en relación a la aparición de un paro respiratorio, requiriendo una intubación inminente (Anexo X). Para que el paciente realice una respiración eficiente se perseverará en la realización de técnicas de relajación.</p>
<p><b>[00103] Deterioro de la deglución</b></p>	<p>Se proporcionarán cuidados orales para disminuir el riesgo de contraer infecciones bucales. Como el paciente no puede deglutir ningún tipo de alimento ni líquido, se podrá colocar gasas húmedas en la boca para saciar el reflejo de la sed.</p>
<p><b>[00002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades</b></p>	<p>Realizar los cuidados pertinentes de la NPT, como son la preparación del nuevo equipo cada 24h mediante</p>

	<p>técnica aséptica y la vigilancia del estado del punto de inserción del CVCP. Observar signos de malnutrición e hipercatabolismo para poder realizar el cómputo de kcal y nutrientes correcto.</p> <p>Se tendrá en consideración la colocación de una sonda nasogástrica.</p>
<p><b>[00016] Deterioro de la eliminación urinaria</b></p>	<p>Se decide no poner pañal debido a que el paciente es todavía consciente de cuándo tiene que orinar. Se pone a su disposición una botella urinaria y gasas/compresas para secar las gotas finales.</p>
<p><b>[00085] Deterioro de la movilidad física</b></p>	<p>Cada dos horas se animará al paciente a cambiarle de posición, girándole hacia la izquierda o hacia la derecha de la cama, colocando un lecho de almohadas que sirva de apoyo y otra almohada que cubra e apoyo de una extremidad inferior sobre otra. Cuando se entre a su box para realizar alguna otra actividad se aprovechará para realizar ejercicios de movimientos pasivos de las extremidades superiores e inferiores al menos, 1 vez por turno, para prevenir contracciones articulares.</p> <p>Vigilar que el paciente mantenga una posición cómoda pero adecuadamente alineada, comprobando que los pies se encuentran en posición antiequino.</p>

<p style="text-align: center;"><b>[00093] Fatiga</b></p>	<p>Se tendrán en cuenta los ejercicios de relajación y manejo de la energía propuestos en el diagnóstico [00032] (Patrón respiratorio ineficaz). Se procurará que el paciente no se agote en exceso durante el manejo de las secreciones puesto que podría complicar su situación.</p>
<p style="text-align: center;"><b>[00198] Trastorno del patrón del sueño</b></p>	<p>Se animará al paciente a establecer periodos de descanso (siestas, pequeños descansos) en caso de un sueño ineficaz en la noche. Importante reducir estímulos que puedan interrumpir el sueño del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar y programar las alarmas del monitor adecuadamente para que no emitan ruidos innecesarios.</li> <li>- Intentar evitar cualquier estímulo lumínico, como podrían ser las bombas de medicación.</li> </ul> <p>Se puede disponer al paciente con antifaz y tapones de oídos para mejorar el descanso.</p>
<p style="text-align: center;"><b>[00047] Riesgo de deterioro de la integridad cutánea</b></p>	<p>Cada día en el aseo se aplicarán aceites o cremas en las zonas más sensibles o susceptibles de sufrir una alteración en la integridad de la epidermis o de la dermis, observando la posible aparición de signos previos a una UPP tales como</p>

	<p>enrojecimiento o rubor. Se colocarán taloneras en ambos pies.</p> <p>Se comprobará el estado del funcionamiento del colchón antiescaras y que el ajuste en relación al peso del paciente sea el correcto.</p>
<p><b>[00183] Disposición para mejorar el confort</b></p>	<p>Se propondrá frecuentemente dar la vuelta a la almohada del paciente para aumentar su confort. Se realizarán recolocaciones en la cama del paciente, masajes, se pondrá la radio o música, o se enseñarán técnicas de relajación. Para evitar el delirio y la desorientación se indicará a la familia la colocación de un reloj y calendario a la vista del paciente. También se podrán poner fotos u objetos personales para reforzar su estima.</p>
<p><b>[00051] Deterioro de la comunicación verbal</b></p>	<p>Se asegurará que el paciente tenga siempre al alcance de su mano el mando de la cama y el timbre del control. Se pondrá especial énfasis en la escucha del paciente y se elaborará un pequeño lenguaje que permita una comunicación eficaz como por ejemplo el uso de pictogramas o una tabla para escribir, leer labios o pequeños gestos con la cabeza.</p>
<p><b>[00153] Riesgo de baja autoestima situacional</b></p>	<p>Se proporcionará un asesoramiento psicológico para reforzar un afrontamiento óptimo del proceso de</p>

	enfermedad. Junto a la familia, se mostrará confianza en los cuidados y se animará al paciente a aceptar su situación mediante el establecimiento de desafíos en pro de controlar su angustia y desestima.
--	--

### 6.3.3 Evaluación

La evaluación de los diferentes objetivos fue realizada en intervalos cortos de tiempo, pues la clínica de la enfermedad evolucionó con relativa rapidez.

Debido a que el paciente no había alcanzado el acmé de la enfermedad, los objetivos propuestos fueron orientados al control de los síntomas, siendo estos evaluados frecuentemente con el objetivo de evitar el deterioro de su salud. Por ende, era esperado un empeoramiento en el resultado de ciertos indicadores que estuvieran relacionados con la respiración, eliminación y afrontamiento de la enfermedad.

En consecuencia, el valor esperado en los resultados trató de ser igual al de la evaluación inicial en la mayoría de los indicadores, puesto que no es realista alcanzar un valor menor en la fase aguda del SGB. Los indicadores en los que se esperó obtener una mejoría fueron los relacionados con aspectos psicológicos, pues una enseñanza del abordaje de la enfermedad y otorgar un aprendizaje emocional pudiera ser efectivo.

La Tabla 13 refleja la puntuación obtenida en la etapa de evaluación al comienzo del proceso, y los resultados obtenidos en el transcurso de 7 días, momento en el que el paciente fue intubado debido al empeoramiento de su estado de salud. A partir de entonces será realizada una nueva evaluación con diferentes NANDA, NOC y NIC.

Tabla 13. Valoración de los objetivos según la Escala Likert.

OBJETIVOS DEL PAE	INDICADORES	EVALUACIÓN INICIAL	PERÍODO DE EVALUACIÓN	RESULTADOS ESPERADOS TRAS 7 DÍAS
<b>[0914] Estado neurológico: función sensitiva/motora medular</b>	[91401] Movimiento de cabeza y hombro	Escala 01: 1 Gravemente comprometido	Diariamente	Escala 01: 1 Gravemente comprometido
	[91403] Reflejos tendinosos profundos	Escala 01: 1 Gravemente comprometido	Diariamente	Escala 01: 1 Gravemente comprometido
	[91404] Sensibilidad cutánea corporal	Escala 01: 1 Gravemente comprometido	Diariamente	Escala 01: 1 Gravemente comprometido
	[91405] Fuerza del movimiento de la extremidad	Escala 01: 1 Gravemente comprometido	Diariamente	Escala 01: 1 Gravemente comprometido
	[91406] Flacidez	Escala 01: 1 Gravemente comprometido	Diariamente	Escala 01: 1 Gravemente comprometido
<b>[0403] Estado respiratorio: ventilación</b>	[40303] Profundidad de la respiración	Escala 02: 2 Desviación sustancial del rango normal	Diariamente	Escala 02: 1 Desviación grave del rango normal
	[40309] Utilización de los músculos accesorios	Escala 14: 3 Moderado	Diariamente	Escala 14: 2 Sustancial
	[40331] Acumulación de esputos	Escala 14: 3 Moderado	Cada turno	Escala 14: 1 Grave
	[40332] Espiración alterada	Escala 14: 2 Sustancial	Diariamente	Escala 14: 2 Sustancial
	[40313] Disnea de reposo	Escala 14: 4 Leve	Diariamente	Escala 14: 2 Sustancial
<b>[1010] Estado de deglución</b>	[101004] Capacidad de masticación	Escala 01: 2 Sustancialmente comprometido	Diariamente	Escala 01: 2 Sustancialmente comprometido
	[101006] Capacidad para limpiar la cavidad oral	Escala 01: 3 Moderadamente comprometido	Diariamente	Escala 01: 2 Sustancialmente comprometido

	[101012] Atragantamiento, tos o náuseas	Escala 14: 2 Sustancial	Diariamente	Escala 14: 1 Grave
<b>[1013] Estado de deglución: fase faríngea</b>	[101316] Aspiraciones	Escala 14: 4 Leve	Cada turno	Escala 14: 4 Leve
	[101306] Esfuerzo deglutorio aumentado	Escala 14: 1 Grave	Cada turno	Escala 14: 1 Grave
	[101301] Momento del reflejo de deglución	Escala 01: 3 Moderadamente comprometido	Diariamente	Escala 01: 2 Sustancialmente comprometido
	[101303] Atragantamiento, tos o náuseas	Escala 14: 2 Sustancial	Cada turno	Escala 14: 2 Sustancial
<b>[0503] Eliminación urinaria</b>	[50301] Patrón de eliminación	Escala 01: 3 Moderadamente comprometido	Diariamente	Escala 01: 2 Sustancialmente comprometido
	[50336] Incontinencia funcional	Escala 14: 3 Moderado	Diariamente	Escala 14: 2 Sustancial
	[50314] Reconoce la urgencia	Escala 01: 1 Levemente comprometido	Diariamente	Escala 01: 1 Levemente comprometido
	[50310] Vacilación al orinar	Escala 14: 4 Leve	Cada turno	Escala 14: 4 Leve
<b>[0911] Estado neurológico: control motor central</b>	[91103] Mantenimiento de la postura	Escala 01: 1 Gravemente comprometido	Semanalmente	Escala 01: 1 Gravemente comprometido
	[91101] Equilibrio	Escala 01: 1 Gravemente comprometido	Semanalmente	Escala 01: 1 Gravemente comprometido
	[91105] Reflejo de Babinski	Escala 01: 1 Gravemente comprometido	Semanalmente	Escala 01: 1 Gravemente comprometido
	[91112] Movimiento intencionado a partir de una orden	Escala 01: 1 Gravemente comprometido	Diariamente	Escala 01: 1 Gravemente comprometido

<b>[0208] Movilidad</b>	[20803] Movimiento muscular	Escala 01: 1 Gravemente comprometido	Diariamente	Escala 01: 1 Gravemente comprometido
	[20804] Movimiento articular	Escala 01: 1 Gravemente comprometido	Diariamente	Escala 01: 1 Gravemente comprometido
	[20814] Se mueve con facilidad	Escala 01: 1 Gravemente comprometido	Diariamente	Escala 01: 1 Gravemente comprometido
	[20801] Mantenimiento del equilibrio	Escala 01: 1 Gravemente comprometido	Diariamente	Escala 01: 1 Gravemente comprometido
<b>[0004] Sueño</b>	[403] Patrón del sueño	Escala 01: 3 Moderadamente comprometido	Diariamente	Escala 01: 2 Sustancialmente comprometido
	[401] Horas de sueño	Escala 01: 3 Moderadamente comprometido	Diariamente	Escala 01: 2 Sustancialmente comprometido
	[406] Sueño interrumpido	Escala 14: 2 Sustancial	Diariamente	Escala 14: 2 Sustancial
	[416] Apnea del sueño	Escala 14: 2 Leve	Diariamente	Escala 14: 3 Moderado
	[422] Pesadillas	Escala 14: 3 Moderado	Diariamente	Escala 14: 3 Moderado
	[421] Dificultad para conciliar el sueño	Escala 14: 1 Grave	Diariamente	Escala 14: 1 Grave
<b>[1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas</b>	[110102] Sensibilidad	Escala 01: 1 Gravemente comprometido	Diariamente	Escala 01: 1 Gravemente comprometido
	[110101] Temperatura de la piel	Escala 01: 4 Levemente comprometido	Diariamente	Escala 01: 4 Levemente comprometido
	[110113] Integridad de la piel	Escala 01: 5 No comprometido	Cada turno	Escala 01: 4 Levemente comprometido
<b>[2400] Función sensitiva: táctil</b>	[240008] Parestesia	Escala 14: 2 Sustancial	Semanalmente	Escala 14: 2 Sustancial

	[240012] Pérdida de la sensibilidad	Escala 14: 1 Grave	Diariamente	Escala 14: 1 Grave
	[240017] Discriminación de presión	Escala 01: 2 Sustancialmente comprometido	Diariamente	Escala 01: 2 Sustancialmente comprometido
	[240015] Discriminación térmica	Escala 01: 2 Sustancialmente comprometido	Diariamente	Escala 01: 2 Sustancialmente comprometido
<b>[2010] Estado de comodidad: física</b>	[201004] Posición cómoda	Escala 01: 3 Moderadamente comprometido	Diariamente	Escala 01: 3 Moderadamente comprometido
	[201006] Acicalamiento e higiene personal	Escala 01: 1 Gravemente comprometido	Semanalmente	Escala 01: 1 Gravemente comprometido
	[201011] Vías aéreas permeables	Escala 01: 3 Moderadamente comprometido	Cada turno	Escala 01: 3 Moderadamente comprometido
	[201021] Incontinencia urinaria	Escala 14: 4 Leve	Diariamente	Escala 14: 3 Moderado
<b>[1212] Nivel de estrés</b>	[121214] Trastornos del sueño	Escala 14: 3 Moderado	Diariamente	Escala 14: 3 Moderado
	[121219] Arrebatos emocionales	Escala 14: 4 Leve	Diariamente	Escala 14: 4 Leve
	[121220] Irritabilidad	Escala 14: 4 Leve	Diariamente	Escala 14: 4 Leve
	[121232] Disminución de la productividad	Escala 14: 2 Sustancial	Diariamente	Escala 14: 2 Sustancial
<b>[1215] Conciencia de uno mismo</b>	[121506] Reconoce las limitaciones físicas personales	Escala 13: 2 Raramente demostrado	Diariamente	Escala 13: 2 Raramente demostrado
	[121518] Reflexiona sobre los sentimientos para el autoconocimiento	Escala 13: 2 Raramente demostrado	Diariamente	Escala 13: 2 Raramente demostrado

	[121527] Se imagina en el futuro	Escala 13: 2 Raramente demostrado	Diariamente	Escala 13: 4 Frecuentemente demostrado
	[121522] Expresa necesidades a los demás	Escala 13: 3 A veces demostrado	Diariamente	Escala 13: 3 A veces demostrado
	[121523] Acepta propiedad de los pensamientos	Escala 13: 2 Raramente demostrado	Diariamente	Escala 13: 4 Frecuentemente demostrado
	[121520] Expresa sentimientos a los demás	Escala 13: 3 A veces demostrado	Diariamente	Escala 13: 3 A veces demostrado
	[130803] Se adapta a las limitaciones funcionales	Escala 13: 3 A veces demostrado	Diariamente	Escala 13: 3 A veces demostrado
<b>[1308] Adaptación a la discapacidad física</b>	[130802] Verbaliza reconciliación con la discapacidad	Escala 13: 2 Raramente demostrado	Diariamente	Escala 13: 3 A veces demostrado
	[130806] Utiliza estrategias para disminuir el estrés relacionado con la discapacidad	Escala 13: 2 Raramente demostrado	Diariamente	Escala 13: 3 A veces demostrado
	[130821] Obtiene información sobre la discapacidad	Escala 13: 3 A veces demostrado	Diariamente	Escala 13: 4 Frecuentemente demostrado
	[130903] Expresa emociones	Escala 13: 3 A veces demostrado	Diariamente	Escala 13: 3 Frecuentemente demostrado
<b>[1309] Resiliencia personal</b>	[130906] Muestra un estado de ánimo positivo	Escala 13: 3 A veces demostrado	Diariamente	Escala 13: 4 Frecuentemente demostrado
	[130914] Se adapta a adversidades como desafíos	Escala 13: 3 A veces demostrado	Diariamente	Escala 13: 4 Frecuentemente demostrado

Tabla 14. Detalle de la evaluación Likert propuesta por taxonomía NANDA.

<b>Escalas Likert</b>	01: Grado de deterioro de la salud o el bienestar
	02: Grado de desviación de una norma o estándar establecido
	13: Frecuencia de aclarar por informe o conducta
	14: Grado de un estado o respuesta negativo o adverso

## 7 CONCLUSIONES

El presente plan de cuidados pudo garantizar una calidad en el cuidado del paciente en la UCI, pudiendo prevenir posibles complicaciones ajenas a su patología. Durante los 7 días en los que el plan fue llevado a cabo, el equipo de enfermería realizó las diferentes actividades descritas, fomentando la salud del paciente y favoreciendo la interacción con su familia y el personal que le atendió. Al séptimo día de ingreso en UCI, el paciente fue sedoanalgesiado e intubado debido al previsto empeoramiento de su estado de salud.

El SGB es una enfermedad poco frecuente que representa un gran impacto económico, físico y emocional a quien lo padece y a quienes lo rodean. La trascendencia y complejidad de esta enfermedad radica en que, además de su parte clínica, implica la necesidad de proporcionar un apoyo psicológico al paciente. En el transcurso de pocas horas, el paciente es consciente de como su cuerpo se va deteriorando hasta sentirse incapaz de hacer nada. Por ello es necesario un abordaje multidisciplinar, en el que el equipo terapéutico debe realizar un plan asistencial haciendo partícipe a la familia, quien junto al paciente debe comprender la gravedad de la enfermedad, aceptando la potencial aplicación de cuidados intensivos y el posterior proceso de rehabilitación prolongado. El papel del profesional enfermero consistirá en un facilitar la adaptación del paciente y su familia en la UCI, brindando unos cuidados específicos con el propósito de disminuir tanto las complicaciones potenciales en cantidad y severidad, así como de sus secuelas, aportando a su misma vez un apoyo emocional y psicológico al paciente y familiares.

## 8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez LO, Patricio YL, Farro KPG, Alzuria MEB, Laleona CG. Síndrome de Guillain-Barré: A propósito de un caso con una forma atípica de presentación [Internet]. Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria. Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja Y Soria; 2012 [citado 7 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7156058>
2. Ropper AH. The Guillain-Barré Syndrome [Internet]. New England Journal of Medicine. Massachusetts Medical Society; 1992 [citado 21 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJM199204233261706>
3. Tellería-Díaz A, Calzada-Sierra DJ. [Guillain Barre syndrome] [Internet]. Revista De Neurologia. 2002. Disponible en: <https://neurologia.com/articulo/2001280>
4. Sánchez Miranda D, Busquet García CM, Quirós Viqueira O, Debesa Fernández R. Síndrome de Guillain-Barré: patogenia, diagnóstico y cuidados críticos en pediatría [Internet]. Revista Cubana de Pediatría. 1999, Editorial Ciencias Médicas; 2001 [citado 28 de febrero de 2022]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-75312001000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75312001000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
5. Cancino-Morales KL, Balcázar-Martínez V, Matus-Miranda R. Intervenciones de enfermería en una persona con síndrome de Guillain-Barré tipo AMAN, bajo la teoría de Dorothea Orem [Internet]. Enfermería Universitaria. Elsevier; 2013 [citado 1 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-intervenciones-enfermeria-una-persona-con-S1665706313726253>
6. Young P. Landry, Kussmaul, y el síndrome de Guillain-Barré-Strohl [Internet]. Revista médica de Chile. Sociedad Médica de Santiago; 2014 [citado 31 de mayo de 2022]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-98872014000700016&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872014000700016&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
7. Afifi AK. The Landry-Guillain-Barré Strohl Syndrome 1859 to 1992 A Historical Perspective [Internet]. Journal of Family & Community Medicine. 1994 [citado 23 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3437179/>
8. Cabrera Evin J de la C, Morales Viera JJ, Machado Olano KT. Estudios electrofisiológicos en pacientes con Síndrome de Landry-Guillain-Barré-Strohl [Internet]. Medicentro Electrónica. 1997- 2014 [ Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara]; 2019 [citado 28 de febrero de 2022]. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1029-30432019000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30432019000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

9. Casares Albornas F, Herrera Lorenzo O, Infante Ferrer J, Varela Hernández A. SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ. ACTUALIZACIÓN ACERCA DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO [Internet]. 2007. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552007000300014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552007000300014)
10. Morata Alba J, Alpera LaCruz R. Síndrome de Guillain-Barré y anticuerpos antigangliósidos [Internet]. Anales de Pediatría. Elsevier; 2013 [citado 31 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es-sindrome-guillain-barre-anticuerpos-antigangliosidos-articulo-S1695403312003773>
11. León-Mansilla R, Ixquiac-Pineda G. Neuropatía axonal sensitivo motora aguda [Internet]. Revista médica (Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala). 2021 [citado 6 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.revistamedicagt.org/index.php/RevMedGuatemala/article/view/363>
12. Rebolledo-García D, González-Vargas PO, Salgado-Calderón I, Rebolledo-García D, González-Vargas PO, Salgado-Calderón I. Síndrome de Guillain-Barré: viejos y nuevos conceptos [Internet]. Medicina interna de México. Colegio de Medicina Interna de México A.C.; 2018 [citado 11 de marzo de 2022]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0186-48662018000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0186-48662018000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
13. RESERVADOS IUTLD. Orphanet: Polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda [Internet]. [citado 31 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC\\_Exp.php?lng=ES&Expert=98916](https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=ES&Expert=98916)
14. RESERVADOS IUTLD. Orphanet: Pandisautonomía aguda [Internet]. [citado 6 de abril de 2022]. Disponible en: [https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC\\_Exp.php?lng=ES&Expert=231457](https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=ES&Expert=231457)
15. RESERVADOS IUTLD. Orphanet: Neuropatía sensitiva pura aguda [Internet]. [citado 31 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC\\_Exp.php?lng=ES&Expert=231450](https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=ES&Expert=231450)
16. RESERVADOS IUTLD. Orphanet: Encefalitis troncoencefálica de Bickerstaff [Internet]. [citado 31 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC\\_Exp.php?lng=ES&Expert=79138](https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=ES&Expert=79138)
17. Ortez González CI, Conradi ÁD. Síndrome de Guillain-Barré en la infancia [Internet]. Anales de Pediatría Continuada. Elsevier; 2013 [citado 1 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es->

revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-sindrome-guillain-barre-infancia-S1696281813701240

18. Piñol-Ripoll G, Larrodé Pellicer P, Garcés-Redondo M, Puerta González-Miró ID la, Íñiguez Martínez C. Características del síndrome de Guillain-Barré en el área III de salud de la Comunidad Autónoma de Aragón. *An Med Interna (Madrid)* [Internet]. marzo de 2008 [citado 23 de mayo de 2022];25(3). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992008000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992008000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
19. Velayos Galán A, del Saz Saucedo P, Peinado Postigo F, Botia Paniagua E. Síndrome de Guillain-Barré asociado a infección por SARS-CoV-2 [Internet]. *Neurología*. Elsevier; 2020 [citado 28 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-sindrome-guillain-barre-asociado-infeccion-por-S0213485320300724>
20. Zhao H, Shen D, Zhou H, Liu J, Chen S. Guillain-Barré syndrome associated with SARS-CoV-2 infection: causality or coincidence? [Internet]. *The Lancet Neurology*. Elsevier; 2020 [citado 28 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(20\)30109-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(20)30109-5/fulltext)
21. Uriondo San Juan B, Naval Valle D, Moreno Izcob F. Síndrome de Guillain-Barré postinmunización con vacunas antihepatitis A y antifoidea [Internet]. *Atención Primaria*. Elsevier; 2004 [citado 1 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-sindrome-guillain-barre-postinmunizacion-con-vacunas-13067776>
22. Díaz Camacho P, Lescano Lescano V, Valencia-Chugnas S. Síndrome de Guillain Barré: Reporte de un Caso Causado por Enterovirus. *Guillain Barre Syndrome: Report Of a Case Caused By Enterovirus*. [Internet]. *revecuatneurol - Revista Ecuatoriana de Neurología*. [citado 7 de marzo de 2022]. Disponible en: [http://revecuatneurol.com/magazine\\_issue\\_article/sindrome-guillain-barre-reporte-caso-enterovirus-guillain-barre-syndrome-report-case-enterovirus/](http://revecuatneurol.com/magazine_issue_article/sindrome-guillain-barre-reporte-caso-enterovirus-guillain-barre-syndrome-report-case-enterovirus/)
23. González Duarte A, Ponce de León de Rosales S. Asociación del síndrome de Guillain-Barré y la vacuna de influenza A (H1N1) [Internet]. [citado 1 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=23977>
24. Fadrique RS, Arias LM, Guarneros JM, Bulnes NJ, Ortega MPG. Síndrome de Guillain-Barré y vacuna antigripal: evidencia actual [Internet]. *Revista Española de Quimioterapia*. Sociedad Española de Quimioterapia; 2019 [citado 17 de abril de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7127578>

25. Diaz Olaizola C, Álvaro Rubio C, Galvez Suarez A, Campos Vall M. Guillain-Barré por vacuna antigripal [Internet]. Medicina de Familia. SEMERGEN. Elsevier; 2016 [citado 28 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-guillain-barre-por-vacuna-antigripal-S1138359315000313>
26. Mendoza CE, Paredes GP. SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRE. REPORTE DE UN CASO [Internet]. REV MED HONDUR. 2018. Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol86-1-2-2018-26.pdf>
27. Romanos Calvo B, Casanova Cartié N, Romanos Calvo B, Casanova Cartié N. La escala de Norton modificada por el INSALUD y sus diferencias en la práctica clínica [Internet]. Gerokomos. Idemm Farma, S.L.; 2017 [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1134-928X2017000400194&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2017000400194&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
28. Cid Ruzafa J, Damián Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel [Internet]. Revista Española de Salud Pública. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social; 1997 [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1135-57271997000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57271997000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
29. Garde Echalecu R, Álvarez Sagüés I. Aplicación del test MECV-V para el diagnóstico precoz de la disfagia orofaríngea [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2019 [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://revistamedica.com/test-mecv-v-diagnostico-precoz-disfagia-orofaringea/>
30. Elsevier. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos [Internet]. Elsevier Connect. [citado 23 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/nanda-i-nic-noc-vinculos-y-uso-en-la-practica-clinica>
31. Simmons S. Síndrome de Guillain-Barré. Una pesadilla que en muchos casos tiene un final feliz [Internet]. [citado 14 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-pdf-S0212538210704118?referer=buscador>
32. Meythaler JM. Rehabilitation of Guillain-Barr Syndrome [Internet]. 1997. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003999397902033>
33. Garg M. Respiratory Involvement in Guillain-Barre Syndrome: The Uncharted Road to Recovery [Internet]. Journal of Neurosciences in Rural Practice. Thieme Medical and Scientific Publishers Private Ltd.; 2017 [citado 28 de febrero de 2022]. Disponible en: [http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.4103/jnrp.jnrp\\_96\\_17R1](http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.4103/jnrp.jnrp_96_17R1)

34. Úlceras por presión en cuidados intensivos: valoración del riesgo y medidas de prevención | Enfermería Intensiva [Internet]. [citado 15 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-ulceras-por-presion-cuidados-intensivos-13080877>
35. Martínez Cuervo F, Pareras Galofré E. La efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en el cuidado de la piel perilesional, la prevención de las úlceras por presión, vasculares y de pie diabético [Internet]. Gerokomos. Idemm Farma, S.L.; 2009 [citado 14 de junio de 2022]. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1134-928X2009000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2009000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)