



Universidad
Zaragoza



**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2016 / 2017

TRABAJO FIN DE GRADO

**PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO A PACIENTES CON
SÍNDROME DE GUILAIN-BARRÉ EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS**

Autora: Alicia Nieto García

Director: Juan Francisco León Puy

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN	5
3. OBJETIVOS	8
4. METODOLOGÍA.....	9
5. DESARROLLO	11
5.1. VALORACIÓN	11
5.2. DIAGNÓSTICO	12
5.3. PLANIFICACIÓN	12
5.4. EJECUCIÓN	17
5.5. EVALUACIÓN.....	17
6. CONCLUSIONES	18
7. ANEXOS.....	19
8. BIBLIOGRAFÍA.....	34

1. RESUMEN

Introducción: el síndrome de Guillain-Barré (SGB) es un trastorno neurológico autoinmune de evolución rápida. Suele desencadenarse después de un proceso de tipo infeccioso y se manifiesta frecuentemente por parálisis motora simétrica. Enfermería abordará la realización de un plan de cuidados.

Objetivos: elaborar un plan de cuidados en el que se reflejen los principales diagnósticos, objetivos e intervenciones que contribuyan a la mejoría del paciente con SGB, reflejando la importancia de los cuidados de enfermería en el ámbito psicosocial así como la inclusión de la familia en el proceso de atención integral al paciente.

Metodología: se realiza una revisión bibliográfica de carácter descriptivo a partir de artículos disponibles en el rango temporal de 2007-2017, entre los meses de febrero y mayo de 2017. El plan de cuidados que se elabora se basa en el modelo conceptual de valoración de Necesidades Básicas de Virginia Henderson y emplea la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

Desarrollo: tras la valoración de enfermería se detectan los principales diagnósticos enfermeros para el paciente con SGB: Deterioro de la deglución, Deterioro de la movilidad física, Patrón respiratorio ineficaz, Intolerancia a la actividad, Deterioro de la comunicación verbal, Riesgo de compromiso de la dignidad humana.

Conclusión: utilizar un plan de cuidados estandarizado ayuda a los profesionales de enfermería a disminuir la variabilidad en la atención de pacientes y familiares afectados por el SGB, evitar las complicaciones y mejorar el pronóstico a través de un abordaje integral de los cuidados.

Palabras clave: síndrome Guillain-Barré, plasmaféresis, tratamiento, cuidados.

ABSTRACT

Introduction: Guillain-Barré syndrome (GBS) is an autoimmune neurological disorder, it is usually triggered by an infectious process and is frequently manifested by symmetric motor paralysis. Nursing will make a care plan.

Objectives: to elaborate a care plan that reflects the main diagnoses, objectives and interventions that contribute to the improvement of the patient with GBS, reflecting the importance of nursing care in the psychosocial field as well as the inclusion of the family in the process of comprehensive patient care.

Methodology: a descriptive bibliographic review is made based on articles available in the 2007-2017 temporal range, between February and May 2017. The care plan that is elaborated is based on the conceptual model for the assessment of Basic Needs Of Virginia Henderson and uses the taxonomy NANDA, NOC and NIC.

Development: after the nursing assessment the main nursing diagnoses for the patient with GBS are detected: Deterioration of swallowing, Impairment of physical mobility, Ineffective respiratory pattern, Activity intolerance, Impaired verbal communication, Risk of commitment of human dignity.

Conclusion: using a standardized care plan helps nursing professionals to reduce the variability in the care of patients and families affected by GBS, avoid complications and improve prognosis through a comprehensive approach to care.

Keywords: Guillain-Barre Syndrome, plasmapheresis, treatment, cares.

2. INTRODUCCIÓN

El síndrome de Guillain-Barré es un grupo heterogéneo de alteraciones neurológicas relacionadas que afectan los nervios periféricos del cuerpo humano; el hallazgo más común en ellas es la polirradiculopatía de inicio agudo, siendo mediado por un proceso autoinmune^{1,2}. Generalmente se ve precedido por un proceso infeccioso viral o bacteriano. El patrón de presentación clínica habitual es la debilidad muscular o parálisis simétrica, progresiva y ascendente de los miembros inferiores, asociado a disminución o ausencia de reflejos osteotendinosos^{3,4,5,6}.

Además, a menudo afecta a los músculos faciales, respiratorios y de deglución. En la mayoría de los casos presenta resolución espontánea. No obstante, puede debutar en forma grave afectando a la musculatura respiratoria y precisar cuidados intensivos de urgencia. La historia clínica (sintomatología y exploración física) es crucial para diagnosticar precozmente esta enfermedad dada la gravedad que puede llevar implícita en algunas formas de presentación^{1,2}.

El síndrome de Guillain-Barré es la causa más frecuente de parálisis flácida aguda^{1,7}, con incidencia anual de uno a tres por 100.000 habitantes^{8,9}, por lo que se considera un proceso de aparición rara¹. Presenta distribución bimodal por edades, la mayoría de las veces ocurre en adultos jóvenes, con una frecuencia un poco menor en el grupo de 45 a 65 años. Se da en todos los grupos etarios, sin una predisposición clara en cuanto a los sexos, pero en algunas series los varones están más frecuentemente afectados que las mujeres (relación 1,5:1)^{1,2,10}.

Su fisiopatología no está completamente aclarada^{6,10}, y se encuentra en investigación. La hipótesis de preferencia es que se debe a una respuesta autoinmune¹¹ dirigida contra los antígenos de los nervios periféricos, que se desencadena tras una infección bacteriana o viral previa, con síntomas respiratorios o gastrointestinales. Aunque no se comprende cuál es el mecanismo desencadenante se piensa que podría deberse a la forma homóloga de los antígenos del agente infeccioso con los del tejido neuronal a nivel molecular, produciendo una reacción cruzada con componente gangliósido de la superficie de los nervios periféricos^{1,4}.

El síndrome se ha clasificado en diferentes subtipos, atendiendo a criterios clínicos y neurofisiológicos que permiten caracterizar el proceso patológico que afecta los nervios periféricos y definir las subpoblaciones selectivas de axones involucrados en las diversas variantes del síndrome (ANEXO I). La reacción inmune contra el antígeno en la superficie de la membrana de la célula de Schwann o productora de mielina, resulta en neuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (85% de los casos) o si

reacciona contra los antígenos contenidos en la membrana del axón, en la forma axonal aguda (15% restante)^{1,12}.

Los agentes infecciosos más comúnmente asociados incluyen *Campylobacter jejuni* (el antecedente más frecuente), *Mycoplasma pneumoniae*, *Citomegalovirus* y virus de Epstein-Barr. También se ha relacionado con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y el virus del Zika^{13,14}.

En algunas ocasiones, el embarazo¹⁵, cirugías o determinadas enfermedades sistémicas (enfermedad de Hodgkin, lupus eritematoso sistémico, sarcoidosis) y vacunas (*Haemophilus influenzae*, influenza, antirrábica, viruela etc.) pueden desencadenar también el síndrome^{6,13,16,17}.

Clínicamente, se establece de forma aguda, apareciendo diferentes grados de debilidad y dolor^{8,18} en las extremidades, presencia de trastornos sensoriales y disfunción autonómica. Se inicia con mayor frecuencia en las extremidades inferiores y suele alcanzar progresivamente las superiores, el tronco, los músculos de la deglución, fonación y respiración, y se asocia a hipo/arreflexia. Asimismo, puede haber afección de los pares craneales¹⁹.

Tanto la afectación bulbar como la de los nervios que inervan la musculatura respiratoria comprometen el manejo de secreciones y la mecánica ventilatoria, desencadenando insuficiencia respiratoria en un 25% de los casos, lo que hace necesaria la ventilación mecánica²⁰ e ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. Cuando aparece disfunción autonómica, se traduce clínicamente en hipotensión, íleo o labilidad en la frecuencia cardíaca. Durante la gestación el cuadro es atípico, por lo que es difícil seguir un patrón clínico¹³.

El diagnóstico del SGB se establece según unos criterios clínicos requeridos: debilidad motora progresiva de más de una extremidad y arreflexia. Otros criterios que apoyan al diagnóstico son los hallazgos del líquido cefalorraquídeo (LCR) y los estudios neurofisiológicos^{2,9}, internacionalmente conocidos como criterios de SGB de Asbury y Cornblath (ANEXO II)²¹.

El diagnóstico diferencial se realiza con la polimiositis, la mielitis aguda, la mononucleosis infecciosa con polineuritis, la hepatitis viral con polineuritis aguda y la polineuritis periférica¹³.

El tratamiento específico es la administración de inmunoglobulinas, en caso de que no se cuente con éstas se realizan sesiones de plasmaféresis, ambas efectivas siempre y cuando se brinde en etapas tempranas de la enfermedad⁴. El manejo incluye otras medidas como la monitorización de las constantes vitales, analgésicos para aliviar neuralgias, colocación de sonda nasogástrica si se presenta disfagia, soporte

ventilatorio (con intubación orotraqueal o traqueostomía) cuando se prevé insuficiencia respiratoria progresiva, incluso profilaxis para trombosis venosa profunda con heparina de bajo peso molecular^{22,23,24}.

La evolución de la enfermedad tiene tres períodos: progresión (entre 3 y 20 días), estabilización (entre 1 y 30 días) y recuperación (promedio de unos 11 meses). El punto de mayor gravedad clínica del proceso se alcanza entre la segunda y cuarta semana del inicio de los primeros síntomas⁶.

La mayoría de los procesos tienen un curso benigno, por lo que el 80% de los pacientes se recuperan completamente o con pequeños déficits al cabo de varios meses o de un año; entre el 10% a 15% quedarán con secuelas permanentes como disnea, debilidad, parestesias y dolor; el resto morirá a causa de complicaciones durante el estadio agudo a pesar de los cuidados intensivos. Del 5 al 10% tienen una o más recidivas tardías^{1,6,10,25}.

La mortalidad aproximada oscila entre el 2 y el 12%, siendo las causas más frecuentes de muerte: distrés respiratorio agudo, infecciones de vías respiratorias como la neumonía, broncoaspiración, paro cardíaco, tromboembolismo pulmonar y también la desnutrición^{1,10}. La mortalidad materna es debida en mayor parte a las complicaciones respiratorias¹³.

El síndrome de Guillain-Barré produce discapacidad muy frecuentemente, derivado de lo anterior, más del 40% de los pacientes requerirán rehabilitación, la cual estará dirigida a la recuperación motora, evitando complicaciones músculo esqueléticas, manejo del dolor y de la disfunción sensorial, al igual que de las complicaciones de la inmovilización¹. La discapacidad de los pacientes con SGB se ha establecido de acuerdo a la clasificación funcional de Hughes (ANEXO III)²¹, empleada a su vez para la evaluación de la respuesta terapéutica, y pronóstico.

Las funciones de enfermería son importantes en esta enfermedad debido a la rápida evolución de la parálisis y la gravedad de las complicaciones, por lo que se considera imprescindible estandarizar las intervenciones de enfermería para disminuir la variabilidad en la atención y coordinar la actuación de los profesionales implicados en la atención y detección de las complicaciones asociadas.

3. OBJETIVOS

Objetivo principal

- Elaborar un plan de cuidados estandarizado dirigido al paciente con Síndrome de Guillain-Barré y a la familia en el contexto de una Unidad de Cuidados Intensivos.

Objetivos específicos

- Disminuir las complicaciones y mejorar el pronóstico del paciente con Síndrome de Guillain- Barré.
- Realizar una atención integral al paciente con Síndrome de Guillain-Barré incluyendo el ámbito psicosocial a través de la disminución de su nivel de ansiedad y la implicación de la familia.
- Proporcionar al personal de enfermería un soporte que ayude a disminuir la variabilidad en la atención de enfermos y familiares.

4. METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica sobre los diversos aspectos relativos al Síndrome de Guillain-Barré con objeto de elaborar un plan de cuidados que permita coordinar las actuaciones de los enfermeros implicados en la atención de los pacientes afectados y sus familias. La búsqueda se realiza mediante la aplicación de las competencias obtenidas a partir del Plan de Estudios del Grado de Enfermería de la Universidad de Zaragoza.

Estrategia de búsqueda

Las bases de datos consultadas para ello han sido: ScienceDirect, CUIDEN Plus, SciELO y Cochrane Library plus.

Se han seleccionado artículos a texto completo que abarcan desde el año 2007 hasta el 2017, procurando que sean en su mayoría de los últimos 5 años.

Como palabras clave se utilizan: “síndrome Guillain-Barré”, “plasmaféresis”, “tratamiento” y “cuidados”, asociados por el operador boleando “AND”.

Bases de datos	Palabras clave	Artículos encontrados	Artículos utilizados	Criterios de inclusión
Science Direct	• “síndrome Guillain-Barré”	77	11	<ul style="list-style-type: none">• Texto completo
CUIDEN Plus	• “plasmaféresis”	20	2	<ul style="list-style-type: none">• Artículos revistas
SciELO	• “tratamiento”	108	10	<ul style="list-style-type: none">• 2007-2017
Cochrane Library plus	• “cuidados”	9	3	

Como fuentes adicionales se han consultado las páginas web de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NIH) y la Asociación Española de Pediatría (AEP).

Desarrollo temporal del estudio

El estudio se desarrolla en el periodo de tiempo comprendido entre febrero y mayo del año 2017.

Población diana

Pacientes que padecen Síndrome de Guillain-Barré severo que requieren cuidados especiales en una Unidad de Cuidados Intensivos, así como sus familias.

Ámbito de aplicación del estudio

Dirigido a profesionales sanitarios, en especial a los enfermeros de servicios especiales como la UCI.

Taxonomía utilizada

Para la redacción del plan de cuidados se ha utilizado el modelo conceptual enfermero de valoración de Necesidades Básicas de Virginia Henderson. A continuación se ha aplicado la taxonomía enfermera NANDA-NIC-NOC para la estandarización de los diagnósticos de enfermería, criterios de resultados, indicadores, intervenciones de enfermería y actividades.

Las herramientas utilizadas durante el proceso de atención enfermera han sido:

- Escala funcional de gravedad clínica o Escala de Hughes
- Escala de Norton
- Índice de Barthel
- Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V)
- Escala visual analógica (EVA)

5. DESARROLLO

El control de las complicaciones influye en forma importante en la mortalidad del Síndrome de Guillain-Barré, por tanto, los cuidados intensivos constituyen un pilar fundamental en el tratamiento del paciente con Síndrome de Guillain-Barré severo. La insuficiencia respiratoria es la causa que casi de forma constante justifica el ingreso en la UCI y hace preciso generalmente usar la ventilación mecánica. Las formas graves de la enfermedad, es decir, aquellas con rápida progresión, parálisis bulbar y disfunción autonómica, deben ser estrechamente monitorizadas.

Sin embargo, éstos son momentos de fragilidad que no se limitan meramente a la afectación física sino psicológica, social y familiar e inciden más si se trata de una enfermedad poco común y de etiología poco clara como es, en este caso, el Síndrome de Guillain Barré. Los pacientes que desarrollan el Síndrome de Guillain-Barré afrontan no sólo dificultades físicas sino también periodos dolorosos emocionalmente. A menudo, es sumamente difícil para los pacientes ajustarse a una parálisis repentina y a la dependencia de otros para la ayuda con actividades diarias rutinarias. Los pacientes a veces necesitan asesoramiento psicológico para ayudarles a adaptarse a las limitaciones que les presenta esta condición.

Los profesionales sanitarios, y en especial los de servicios especiales como la UCI, Urgencias o quirófano, centran la atención en la mayoría de las ocasiones en el proceso agudo de la enfermedad, en solucionarle el problema de salud que ha llevado a una persona hasta sus manos, sin tener en cuenta muchas veces los miedos y temores que puede tener un paciente y su familia por un motivo u otro. Como profesionales enfermeros, hay que procurar cubrir esa necesidad tan difícil a veces como es la de seguridad pero que tan importante es para el paciente, la familia y su proceso. Hay que procurar hacerles sentirse seguros, sin miedos, que está en todo momento en unas verdaderas manos enfermeras. Esto ocurre sin duda en esta enfermedad, donde tendremos que ser todo para ellos.

5.1. VALORACIÓN

Tras la valoración inicial del paciente con SGB y su familia, y el análisis de sus características específicas, se detectan con frecuencia manifestaciones de dependencia que llevan a la formulación de una serie de diagnósticos. Para poder llevar a cabo la valoración y dadas las condiciones de este tipo de pacientes, se escoge el modelo biopsicosocial de Virginia Henderson y sus 14 necesidades humanas básicas (ANEXO IV).

5.2. DIAGNÓSTICO

Los diagnósticos de enfermería enunciados por la taxonomía NANDA³⁰ que mejor se adecúan en el marco de los pacientes con SGB son los siguientes:

DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES
00103 Deterioro de la deglución
00085 Deterioro de la movilidad física
00032 Patrón respiratorio ineficaz
00092 Intolerancia a la actividad
00051 Deterioro de la comunicación verbal
00174 Riesgo de compromiso de la dignidad humana

5.3. PLANIFICACIÓN

Los resultados obtenidos de la taxonomía NOC³¹ y las intervenciones obtenidas de la taxonomía NIC³², que se plantean realizar siempre que tenga sentido aplicarlas a cada paciente de forma específica, se detallan a continuación:

- **00103 Deterioro de la deglución r/c** trastorno neuromuscular, como fuerza disminuida de los músculos que participan en la masticación **m/p** disfagia.

NOC	INDICADORES
1010 Estado de deglución	101010 Momento del reflejo de deglución 101012 Atragantamiento, tos o nauseas
1918 Prevención de la aspiración	191808 Utiliza espesantes líquidos, según precisa

NIC**1860 Terapia de deglución****1056 Alimentación enteral por sonda****3200 Precauciones para evitar la aspiración****5270 Apoyo emocional****5820 Disminución de la ansiedad**

- **00085 Deterioro de la movilidad física r/c deterioro neuromuscular m/p disminución de las habilidades motoras.**

NOC	INDICADORES
0208 Movilidad	020802 Mantenimiento de la composición corporal 020803 Movimiento muscular
1208 Nivel de depresión	120801 Estado de ánimo deprimido 120814 Tristeza 120823 Irritabilidad

NIC**0740 Cuidados del paciente encamado****0200 Fomento del ejercicio****0226 Terapia de ejercicio: control muscular****5330 Control del estado de ánimo****1400 Manejo del dolor**

- **00032 Patrón respiratorio ineficaz r/c** deterioro neuromuscular m/p patrón respiratorio anormal.

NOC	INDICADORES
0415 Estado respiratorio: ventilación	041508 Saturación de O ₂ 041520 Acumulación de esputo
0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	041007 Ruidos respiratorios patológicos

NIC
3304 Manejo de la ventilación mecánica: prevención de la neumonía
3350 Monitorización respiratoria

- **00092 Intolerancia a la actividad r/c** inmovilidad m/p debilidad generalizada

NOC	INDICADORES
2109 Nivel de malestar	210901 Dolor 210908 Depresión 210922 Posición inadecuada del cuerpo
0204 Consecuencia de la inmovilidad: fisiológicas	020401 Úlceras por presión 020402 Estreñimiento 020422 Neumonía 020412 Tono muscular

NIC**5330 Control del estado de ánimo****1850 Mejorar el sueño****4310 Terapia de actividad****7560 Facilitar las visitas****7110 Fomentar la implicación familiar****0200 Fomento del ejercicio****1100 Manejo de la nutrición****1400 Manejo del dolor**

- **00051 Deterioro de la comunicación verbal r/c** vía aérea artificial m/p imposibilidad para emitir lenguaje verbal audible.

NOC	INDICADORES
1308 Adaptación a la discapacidad física	130806 Utiliza estrategias para disminuir el estrés relacionado con la discapacidad
1204 Equilibrio emocional	120402 Muestra un estado de ánimo sereno 120415 Muestra interés por lo que le rodea 120420 Depresión

NIC**4976 Mejorar la comunicación: déficit del habla****5440 Aumentar los sistemas de apoyo****5820 Disminución de la ansiedad**

- **00174 Riesgo de compromiso de la dignidad humana r/c**
pérdida de control de las funciones corporales

NOC	INDICADORES
3001 Satisfacción del paciente usuario: cuidados	300104 El personal ha demostrado respeto 300105 Consideración respecto a los sentimientos 300107 Muestra de preocupación por las necesidades individuales 300112 Apoyo emocional proporcionado 300115 Apoyo a las visitas 300116 Bienvenida a familia y amigos 300118 Actividades de ocio proporcionadas
3002 Satisfacción del paciente usuario: comunicación	300207 El personal se toma tiempo para comunicarse 300209 El personal se asegura de la comprensión de la comunicación 300215 En la comunicación se tienen en cuenta los valores personales

NIC
5340 Presencia
7460 Protección de los derechos del paciente
7110 Fomentar la implicación familiar
8020 Reunión multidisciplinar sobre cuidados

5.4 EJECUCIÓN

Se llevarían a cabo distintos tipos de actividades relacionadas con las intervenciones citadas, desde el ámbito físico con la correcta aspiración de las vías aéreas, el manejo de la ventilación mecánica invasiva, o la administración de los analgésicos con criterio, hasta el ámbito psicológico basado en el apoyo emocional, la implicación familiar y/o la disminución de la ansiedad. Se deberá adaptar cada una de estas actividades al paciente de manera individual (ANEXO 4).

5.5 EVALUACIÓN

La evaluación se basaría en el uso de 4 herramientas que se realizarían con la llegada del paciente a la UCI y se repetirían cada cierto periodo de tiempo tras haber realizado las intervenciones y actividades definidas, para observar si se alcanzan los objetivos establecidos. Dichos elementos son:

- Escala funcional de gravedad clínica o Escala de Hughes (ANEXO III)
- Escala de Norton (ANEXO VI)²⁷
- Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V) (ANEXO VII)²⁸
- Escala visual analógica (EVA) (ANEXO VIII)²⁹

Como uno de los principales diagnósticos es el de Deterioro de la comunicación verbal, realizaremos también, si procede, la Evaluación del dolor en el paciente no comunicativo (ANEXO IX)²⁸.

6. CONCLUSIONES

Los cuidados de enfermería basados en una adecuada valoración clínica y utilización sistemática de la taxonomía NANDA, NOC y NIC, constituyen la base de una práctica enfermera de calidad que contribuye a disminuir la variabilidad en la asistencia sanitaria y coordinar la actuación de los profesionales implicados en la atención y detección de las complicaciones y necesidades del enfermo y su familia.

Por otro lado, la elaboración de un plan de cuidados que incluya a la familia nos permitirá llevar a cabo una atención integral del paciente con síndrome de Guillain-Barré que le ayudará disminuir su nivel de ansiedad y a afrontar mejor su situación, con la consecuente mejoría de su estado físico, psíquico y social.

7. ANEXOS

ANEXO I

Clasificación del Síndrome de Guillain-Barré

1. Polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (AIDP)

2. Neuropatía axonal sensitiva motora aguda (AMSAN)

3. Neuropatía axonal motora aguda (AMAN)

4. Neuropatía sensitiva aguda

5. Disautonomías agudas

Variantes regionales

Síndrome de Fisher

Orofaríngeo

6. Síndrome de sobreposición

ANEXO II

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICOS, adaptados de Asbury y Cornblath, 1990

I. Criterios requeridos para el diagnóstico

A. Debilidad progresiva en más de un miembro.

El grado de afectación es muy variable, desde mínima debilidad en las piernas, con o sin ataxia, a parálisis total de las 4 extremidades, de tronco y bulbar, parálisis facial y oftalmoplejia.

B. Arreflexia osteotendinosa universal.

Puede aceptarse una arreflexia distal e hiporreflexia bicipital y patelar si se cumplen el resto de los criterios.

II. Rasgos que apoyan fuertemente el diagnóstico

A. Rasgos clínicos (por orden de importancia):

1. Progresión de la debilidad. 50% alcanzan la máxima debilidad en 2 semanas, 80% en tres y 90% en 4 semanas.
2. Afectación relativamente simétrica. Puede haber alguna diferencia entre ambos lados.
3. Síntomas y signos sensitivos leves.
4. Afectación de nervios craneales. Debilidad facial en el 50% de los casos. Los nervios XII y IX, así como los oculomotores, pueden afectarse.
5. Recuperación. Comienza tras 2-4 semanas. La mayoría se recupera en meses.
6. Disfunción autonómica (taquicardia, hipotensión postural, hipertensión arterial, signos vasomotores). Es de presencia y severidad variable, más intensa en la infancia.
7. Ausencia de fiebre al comienzo.

Rasgos clínicos variantes (no van en orden de importancia):

1. Fiebre al comienzo.

2. Pérdida sensorial severa, con dolor. En los niños el dolor es un síntoma común (47%).
3. Progresión más allá de 4 semanas.
4. Cese de la progresión sin recuperación o con secuelas permanentes importantes.
5. Afectación de esfínteres. Generalmente no se afectan pero puede haber una paresia vesical transitoria.
6. Afectación del SNC. Aunque ocasionalmente puede haberla en el síndrome de Guillain-Barré, conviene descartar que se trate de otro diagnóstico.

B. Criterios de LCR:

1. Proteínas aumentadas tras la 1^a semana.
2. 10 células/mm³ o menos (leucocitos mononucleares).

Variantes:

1. Sin aumento de LCR en 1-10 semanas (raro).
2. LCR con 11-50 leucocitos mononucleares.

C. Criterios electrofisiológicos

En 80% de los pacientes se observa disminución de la velocidad de conducción. Las latencias distales están aumentadas. Abolición o retardo de latencia de onda F. Pero un 20% pueden tener normal la VC, y es frecuente que pueda tardar en disminuir.

III. Rasgos que hacen el diagnóstico dudoso

1. Asimetría marcada o persistente de la afectación.
2. Disfunción vesical o rectal marcada.
3. Disfunción vesical o rectal presentes al comienzo.
4. Más de 50 leucocitos mononucleares en LCR.

5. Presencia de leucocitos polinucleares en el LCR.
6. Nivel sensitivo nítido, agudo.

IV. Rasgos que descartan el diagnóstico

1. Intoxicación por hexacarbonados, Porfiria aguda intermitente, difteria, neuropatía por plomo, poliomielitis, botulismo, parálisis histérica, neuropatía tóxica.
2. Síndrome sensitivo aislado.
3. Progresión de la afectación durante más de 2 meses (se trataría de una poliradiculoneuropatía crónica inflamatoria desmielinizante).

ANEXO III

ESCALA FUNCIONAL DE GRAVEDAD CLÍNICA DE HUGHES
1. El paciente deambula en forma ilimitada, tiene capacidad para correr y presenta signos menores de compromiso motor.
2. Capacidad de caminar por lo menos 5 metros sin ayudas externas pero con incapacidad para correr.
3. Capacidad de realizar marcha de por lo menos 5 metros con ayudas externas (caminador o asistencia de otra persona)
4. Paciente en cama o en silla sin capacidad para realizar marcha
5. Apoyo ventilatorio permanente o por algunas horas al día
6. Muerte

ANEXO IV

		Manifestaciones de dependencia	Manifestaciones de independencia	Datos a considerar
Respiración y circulación	y	Insuficiencia respiratoria		Oxigenoterapia Ventilación mecánica
Alimentación hidratación	e	Disfagia Déficit nutricional		SNG Y nutrición enteral Test de disfagia
Eliminación		Incontinencia y/o retención urinaria		Sonda vesical
Movimiento, mantenimiento de una postura adecuada		Movilidad reducida		Escala Norton
Descanso sueño	y	Dificultad para conciliar el sueño debido al dolor.		Escala EVA
Vestirse y desvestirse adecuadamente	y	Incapacidad para vestirse		Índice Bathel
Termorregulación				
Higiene corporal e integridad de la piel		Incapacidad para realizar el aseo		Índice Bathel
Evitar peligros		Pérdida de sensibilidad		
Comunicación		Dificultad para comunicarse por ventilación mecánica (tubo orotraqueal o traqueostomía)		
Creencias				
Realización		Ansiedad debido a situación de		

personal	dependencia	
Recreación y ocio	Pocas actividades recreativas por inmovilidad	Visitas de familiares
Aprender	Hospitalización Adaptación a la nueva situación	Enfermería enseñará al paciente a mediar con la nueva situación

ANEXO V

1860 Terapia de deglución

- Observar si hay signos y/o síntomas de aspiración.
- Enseñar a la familia/cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente.
- Enseñar a la familia/cuidador las necesidades nutricionales en colaboración con el dietista y las modificaciones dietéticas.
- Enseñar a la familia/cuidador las medias de emergencia de ahogos.
- Proporcionar un esquema de las sesiones de práctica a la familia/cuidador, según sea necesario.

3300 Manejo de la ventilación mecánica invasiva

- Realizar aspiración, en función de la presencia de sonidos adventicios y/o aumento de las presiones de inspiración.
- Controlar la cantidad, color y consistencia de las secreciones pulmonares, y documentar los resultados periódicamente.
- Explicar al paciente y a la familia las razones de las sensaciones esperadas asociadas al uso de respiradores mecánicos.
- Poner en marcha técnicas tranquilizadoras, si procede.
- Proporcionar cuidados para aliviar el distrés del paciente (posición, limpieza traqueobronquial, terapia broncodilatadora, sedación y/o analgesia, comprobaciones frecuentes del equipo).
- Proporcionar medios de comunicación (papel y lápiz, tablilla alfabética...).

7040 Apoyo al cuidador principal

- Explorar con el cuidador cómo lo está afrontando.
- Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.
- Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.
- Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente.

5270 Apoyo emocional

- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.

4976 Mejorar la comunicación: déficit del habla

- Monitorizar a los pacientes para detectar la aparición de frustración, ira, depresión u otras respuestas en las capacidades del habla.
- Identificar las conductas emocionales y físicas como formas de comunicación.
- Proporcionar una válvula unidireccional a los pacientes con traqueostomía, que sustituye la necesidad de ocluir la cánula con el dedo.

5820 Disminución de la ansiedad

- Observar si hay signos no verbales de ansiedad.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Animar a la familia a permanecer con el paciente.

5330 Control del estado de ánimo

- Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresá el tratamiento).

1400 Manejo del dolor

- Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquello que no pueden comunicarse eficazmente.

- Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.
- Integrar a la familia en la modalidad de alivio del dolor, si fuera posible.

7560 Facilitar las visitas

- Establecer una política de visitas flexible y centrada en el paciente, si procede.
- Ser flexibles con las visitas, al mismo tiempo que se proporcionan tiempos de descanso.
- Controlar periódicamente la respuesta del paciente a las visitas de la familia.
- Tomar nota de los indicios verbales y no verbales del paciente respecto a las visitas.
- Responder a las preguntas y dar explicaciones de los cuidados en términos que los visitantes puedan entender.

5340 Presencia

- Permanecer con el paciente para fomentar seguridad y disminuir miedos.
- Permanecer con el paciente y transmitirle sentimientos de seguridad y confianza durante los períodos de ansiedad.

7110 Fomentar la implicación familiar

- Identificar la disposición de los miembros de la familia para implicarse con el paciente.
- Favorecer los cuidados por parte de la familia durante la hospitalización o su estancia en una instalación de cuidados a largo plazo.
- Informar a los miembros de la familia de los factores que pueden mejorar el estado del paciente.

7460 Protección de los derechos del paciente

- Proteger la intimidad del paciente durante las actividades de higiene, eliminación y aseo personal.
- Trabajar con el médico y la administración hospitalaria para cumplir con los deseos del paciente y la familia.

ANEXO VI

ESCALA NORTON				
Estado físico	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4. Bueno	4. Alerta	4. Camina	4. Completa	4. No hay
3. Débil	3. Apático	3. Camina con ayuda	3. Limitada ligeramente	3. Ocasional
2. Malo	2. Confuso	2. En silla de ruedas	2. Muy limitada	2. Usualmente urinaria
1. Muy malo	1. Estupuroso	1. En cama	1. Inmóvil	1. Doble incontinencia

Esta escala considera cinco parámetros: estado mental, incontinencia, movilidad, actividad y estado físico y es una escala negativa, de forma que una menor puntuación indica mayor riesgo.

Interpretación orientativa de la puntuación:

De 5 a 9 puntos: Riesgo muy alto

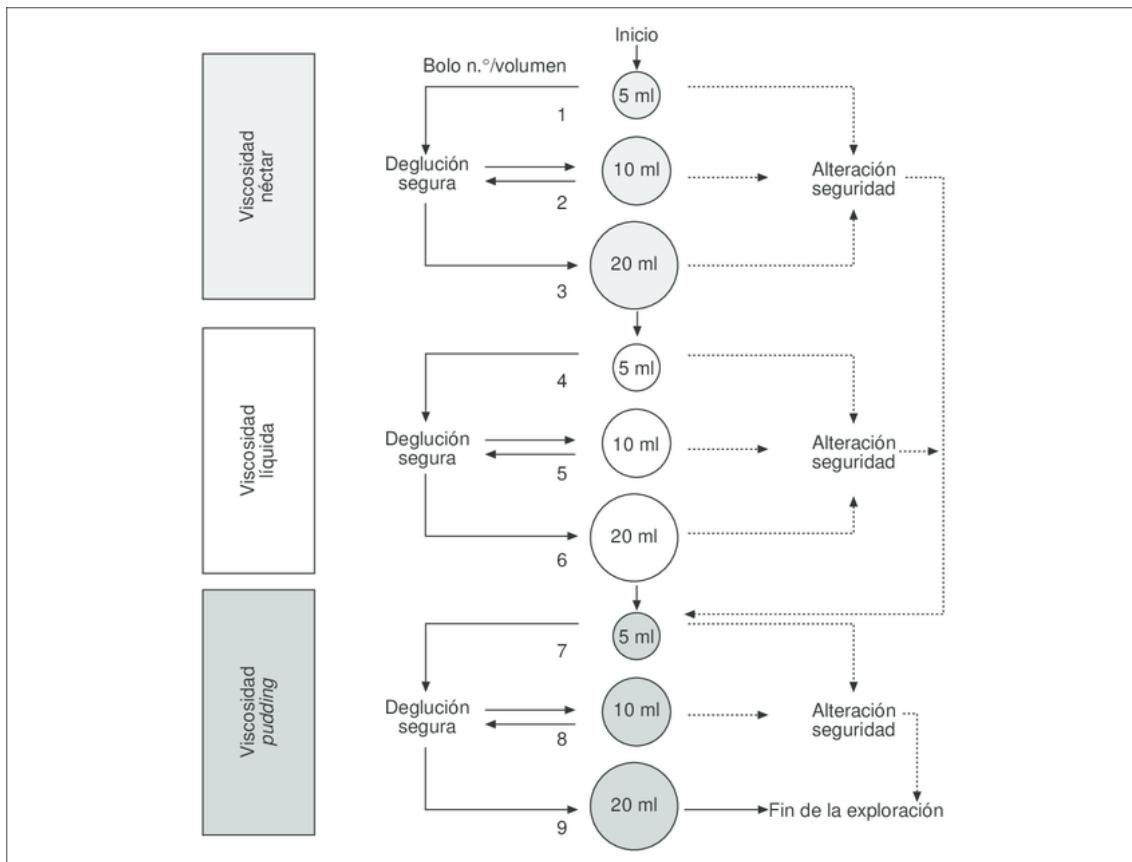
De 10 a 12 puntos: Riesgo alto

De 13 a 14 puntos: Riesgo medio

> de 14 puntos: Riesgo mínimo / sin riesgo

ANEXO VII

Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V)



Dicha valoración se realiza con el enfermo en sedestación y monitorización continua de la saturación de oxígeno. Se administran bolos de 5, 10 y 20 ml con viscosidades néctar, pudding y líquida. Se comienza por la viscosidad néctar a volumen bajo, para ir aumentando este, y se sigue el mismo procedimiento con el líquido (agua) y, finalmente, con la viscosidad pudding.

En cada ocasión se registra si se producen signos de alteración de la seguridad (tos, descenso de la saturación basal de oxígeno mayor de un 5% y cambio del tono de voz) y/o de la eficacia (sello labial insuficiente, residuos orales o faríngeos y deglución fraccionada). Cuando se encuentra algún signo que compromete la seguridad del paciente, no se pasa ni a un volumen mayor ni a una viscosidad inferior. Se concluye que no existe disfagia cuando no se evidencian signos de alteración en la seguridad ni en la eficacia en ningún momento de la prueba.

ANEXO VIII

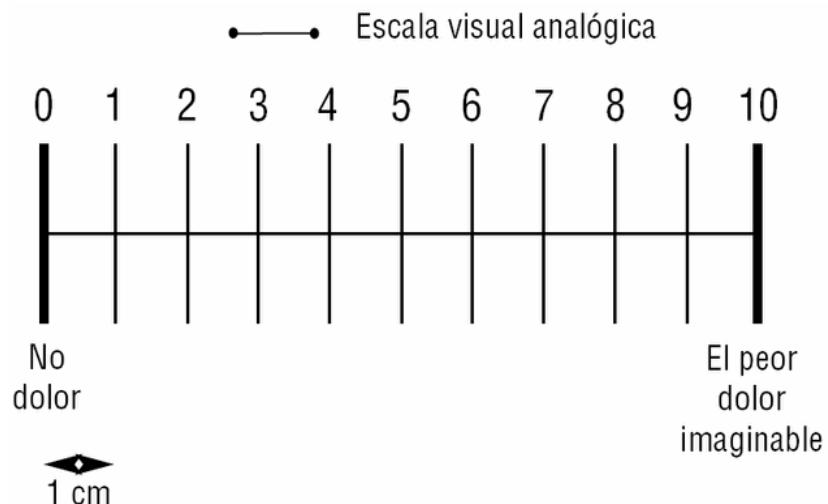


Figura 2. Graduación del dolor: de 1 a 3 dolor leve-moderado, de 4 a 6 dolor moderado-grave y más de 6 dolor muy intenso.

En la escala visual analógica (EVA) la intensidad del dolor se representa en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de «no dolor» y en el extremo opuesto «el peor dolor imaginable». La distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la marcada por el paciente representa la intensidad del dolor.

Un valor inferior a 4 en la EVA significa dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 6 implica la presencia de dolor moderado-grave, y un valor superior a 6 implica la presencia de un dolor muy intenso

ANEXO IX

Evaluación del dolor en el paciente no comunicativo o bajo sedación

Es necesario e imprescindible en pacientes con dificultad o incapacidad para hablar y expresarse, evaluar y descartar la posible presencia de dolor. Aquí se pierde la herramienta fundamental de la cuantificación del dolor, es decir la referida por el paciente, por lo que nos debemos apoyar en herramientas indirectas. Hay que tener en cuenta que la falta de especificidad de los signos puede ser mal interpretada y habitualmente es infraestimada por parte del personal involucrado en su cuidado.

Indicadores fisiológicos: hipertensión arterial, taquicardia, sudoración, midriasis o lagrimeo.

Indicadores conductuales: expresión facial, la presencia de movimientos o posturas antiálgicas o el tono muscular.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Cancino-Morales KL, Balcázar-Martínez V, Matus-Miranda R. Intervenciones de enfermería en una persona con síndrome de Guillain-Barré tipo AMAN, bajo la teoría de Dorothea Orem. Enfermería Universitaria 2013; 10(1):27-32. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S1665706313726253/1-s2.0-S1665706313726253-main.pdf?_tid=1a7235c4-28f4-11e7-abfa-00000aab0f01&acdnat=1493041633_ce889980c9539258deac9416fe650848.
2. Prieto C, Galván M, Alva P. Neuropatía motora axonal aguda (síndrome de Guillain-Barré). SEMERGEN. 2007; 33(9):488-91. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359307739497>.
3. Curbelo L, Pila R. Plasmaféresis por método de filtración de membrana para el Síndrome de Guillain-Barre. AMC. 2012; 16(4):431-442. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552012000400008.
4. Hughes R, Swan A, van Doorn P. Inmunoglobulina intravenosa para el síndrome de Guillain-Barré. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 6. Art. No.: CD002063. DOI: 10.1002/14651858.CD002063.
5. Lora MA, Macia F, Cassiani CA, Ignacio R, Luján MA, Hernández H. Parálisis facial periférica bilateral como presentación inicial del síndrome de Guillain-Barré: informe de un caso. Acta Neurol Colomb. 2015; 31(4):440-446. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482015000400013.
6. Carmona MC. Desafío emocional en una cuidadora familiar ante el Síndrome de Guillain Barré. Arch Memoria. 2013; 10(1). Disponible en <<http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/memoria/10/1003.php>>.
7. Cibils L, Cerisola A, Capote G, Ferreira C, Rodríguez N, Medici C, González G, et al. Síndrome de Guillain-Barré Experiencia de doce años. Arch. Pediatr. Urug. 2015; 86(3): 176-186. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492015000300003.

8. Peña L, Moreno CB, Gutiérrez-Álvarez AM. Manejo del dolor en el síndrome de Guillain-Barré. Revisión sistemática. Neurología. 2015; 30(7):433-438.
9. Volquind D, Taboada R, Lucho G, Pedro G. Rev Bras Anestesiol. Anestesia para Cesárea en Paciente con el Síndrome de Guillain-Barré: Relato de Caso. 2013; 63(4):369-371. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255496313000147>.
10. Urribarri M, Aguilera L, Miguel C, Yuste del Valle S. El síndrome de Guillain Barré en la unidad de cuidados críticos en los últimos 10 años. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2013; 60(5):257-262. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034935612004264>.
11. Guillermo E, Guzmán G, Lizcano F, Peralta M. Síndrome de Guillain Barré asociado a enfermedad de Graves: rol de la plasmaféresis en la patología tiroidea autoinmune. Rev Colomb Reumatol. 2015; 22(1):71-75. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcre/v22n1/v22n1a09.pdf>.
12. Erazo R. Síndrome de Guillain Barré en pediatría. Medicina (B. Aires). 2009; 69(1): 84-91. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802009000200010.
13. Mas MM, Morán E, Mariño M. Inicio de un síndrome de Guillain-Barré durante la gestación. Clin Invest Gin Obst. 2012; 39(5):210-212.
14. Reyna-Villasmil E, López-Sánchez G, Santos-Bolívar J. Síndrome de Guillain-Barré debido al virus del Zika durante el embarazo. Med Clin (Barc). 2016; 146(7):330-333. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002577531600083X>.
15. Paredes Q, Pablo P. Síndrome de Guillain Barré y embarazo. Rev. Ciencias Médicas. 2015; 19(5):965-972. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000500019.
16. who.int/es/ [Internet]. Organización mundial de la salud; 2016 [actualizado Oct 2016; citado 24 Abr 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/guillain-barre-syndrome/es/>.

17. nih.gov [Internet]. National Institutes of Health; 2007 [actualizado 18 Dic 2009; citado 24 Abr 2017]. Disponible en: https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/el_sindrome_de_guillain_barré.htm
18. Liu J, Wang L, McNicol ED. Pharmacological treatment for pain in Guillain-Barré syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 10. Art. No.: CD009950. DOI: 10.1002/14651858.CD009950.pub2.
19. Solis U, García A, Amador DM, Crespo I, Pérez E. Síndrome de Guillain Barré como forma de debut en el lupus eritematoso sistémico. Rev Cuba Reumatol. 2015; 17(1): 1. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcur/v17s1/rcur07s15.pdf>.
20. Amaya R, Garnacho-Montero J, Rincón MD. Patología neuromuscular en cuidados intensivos. Med. Intensiva. 2009; 33 (3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912009000300004.
21. Aeped.es [Internet]. Madrid: Asociación española de Pediatría; 2008 [actualizado 2008, citado 24 Abr 2017]. Disponible en: [https://www.aeped.es/sitesa</default/files/documentos/12-guillain.pdf](https://www.aeped.es/sitesa/default/files/documentos/12-guillain.pdf).
22. Luna J, Parra MD, Serrano JL. Síndrome de Guillain-Barré. A propósito de un caso. Rev Paraninfo Digital. 2015; 22. Disponible en: <<http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/para/n22/232.php>>.
23. Herazo CK, Ortega LF, Dueñas C, Ortiz G. Plasmaféresis en el paciente críticamente enfermo. Acta Colomb Cuid Intensivo. 2015; 15(1):27-34. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0122726215000130>.
24. Salazar C, Daga D, Cota F, Fernández C, Fernández JM, García JM. Utilidad de la plasmaferesis en cuidados intensivos. Med Intensiva. 2010; 34(1):74–78. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912010000100008.
25. Hughes R, Pritchard J, Hadden R. Tratamiento farmacológico aparte de los corticosteroides, la inmunoglobulina intravenosa y el recambio plasmático para el síndrome de Guillain Barré. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 3. Art. No.: CD008630. DOI: 10.1002/14651858.CD008630.

26. Tejedor C, Arango F, Pérez A, González R, Palacio R, Álvarez A, et al. Premio Público Póster. Síndrome de Guillain-Barre. Revista Científica de la SEDENE. 2009; 30(1):7-9. Disponible en:http://ac.els-cdn.com/S2013524609700303/1-s2.0-S2013524609700303-main.pdf?_tid=0eb33224-fd1b-11e6-a255-0000aacb361&acdnat=1488220513_384eaaffb001102be5d409fd64db464f.
27. García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Soldevilla Ágreda JJ, Blasco García C. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. GEROKOMOS. 2008; 19 (3): 136-144. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000300005.
28. Galán Sánchez MJ, Santander Vaquero C, Cortázar Sáez M, de la Morena López F, Susi García R, Martínez Rincón MC. Malnutrición asociada a disfagia orofaríngea en pacientes mayores de 65 años ingresados en una unidad médica-quirúrgica. Enferm Clin. 2014; 24(3):183-190. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S1130862114000096/1-s2.0-S1130862114000096-main.pdf?_tid=e700c9ce-2b61-11e7-8b48-0000aab0f01&acdnat=1493308694_0cb7c932383b20eb1cd9f99ff494e1e7.
29. Pardo C, Muñoz T, Chamorro C. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Med Intensiva. 2008; 32 (1):38-34. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800004.
30. Healther, T. (2015). Kamitsuru S. Nanda internacional: diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017.
31. Moorhead, S., Johnson, M., Meridean L., & Swanson, E. (2014). Clasificación de resultados de enfermería (NOC) Medición de resultados en salud 5º Edición. Elsevier España.
32. Gloria, M., Howard, B., & Joanne, M. D. (2011). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª Edición.