

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

Grado en Enfermería

Curso Académico 2016 / 2017

TRABAJO FIN DE GRADO

**Plan de Cuidados de Enfermería Estandarizado en la atención
al paciente con Síndrome de Guillain-Barré**

“La inmovilidad se ha apoderado de mi”

-

**A Standardized Nursing Care Plan for a patient suffering from
Guillain-Barré Syndrom**

“Taken over by paralysis”

Autor/a: Julia Jiménez Elbaile

Director: Isabel Martínez Cuñado

ÍNDICE

RESUMEN/ABSTRACT.....	1
INTRODUCCIÓN	3
Justificación	5
OBJETIVOS.....	6
METODOLOGÍA	7
DESARROLLO	9
Fase 1 del Plan de Cuidados: Valoración	9
Fase 2 y 3 del Plan de Cuidados: Diagnóstico-Planificación	11
Fase 4 del Plan de Cuidados: Ejecución	18
Fase 5 del Plan de Cuidados: Evaluación	18
CONCLUSIONES.....	19
BIBLIOGRAFÍA	20
ANEXOS.....	24

RESUMEN

Introducción

El Síndrome de Guillain-Barré constituye un trastorno autoinmune caracterizado por la afección del sistema nervioso periférico, cuya expresión principal consiste en una parálisis motora aguda, ascendente y simétrica; con o sin pérdida de sensibilidad. Resulta difícil de describir dentro de un cuadro clínico preciso, ya que todavía existen numerosas incógnitas acerca de su etiopatogenia. Es una enfermedad de baja incidencia y de pronóstico favorable si se aplica un tratamiento temprano, el cual se fundamenta en el fortalecimiento del sistema inmunitario mediante la administración de inmunoglobulina intravenosa y sesiones de plasmaféresis.

Objetivos

Unificar los cuidados enfermeros en la atención a pacientes con Síndrome de Guillain-Barré, facilitando a los profesionales de enfermería un Plan de Cuidados Estandarizado orientado a disminuir las complicaciones y secuelas de la enfermedad.

Metodología

Se ha realizado una consulta de libros especializados en medicina, además de una revisión sistemática de artículos de carácter científico-sanitario a través del manejo de bases de datos y buscadores académicos. Se ha adoptado el modelo de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA/NOC/NIC, para determinar los Resultados e Intervenciones del plan de cuidados.

Conclusiones

La aplicación racional de unos cuidados enfermeros en un paciente con Síndrome de Guillain-Barré, reduce las complicaciones y secuelas de la enfermedad, mejorando la calidad de vida de la persona mediante la recuperación de su capacidad de autocuidado.

La participación familiar en el proceso terapéutico simboliza un apoyo fundamental para el enfermo, y ayuda a controlar la ansiedad que suscita la nueva situación de salud.

Palabras clave

Guillain-Barré, Cuidados, Enfermería, Diagnósticos

ABSTRACT

Introduction

Guillain-Barré Syndrome is an autoimmune disease characterized by the involvement of the peripheral nervous system, of which the main expression consists of acute, ascending and symmetric areflexic paralysis, which may or may not affect sensitivity. It is hard to give an accurate representation of this disease due to the many unknown factors of its etiology which have yet to be discovered. This illness is not extremely prevalent in society and has a favorable prognosis if treatment is addressed early. Therapy for this syndrome is the administration of intravenous immunoglobulin as well as sessions of plasmapheresis in order to strengthen the immune system.

Aims

The aim of this project is to unify nursing care for patients with Guillain-Barré Syndrome providing nursing professionals with a Standardized Care Plan aimed at minimizing complications and long term detrimental effects of this disease.

Methodology

The project has received a systematic consultation from books specializing in medicine as well as a peer-reviewed scientific articles from data bases and academic researchers. This project also adopted the Virginia Henderson model and the NANDA/NOC/NIC taxonomies so as to determine the Outcomes and possible Interventions from this care plan.

Conclusions

With attentive application of treatment to patients with Guillain-Barré Syndrome from nursing professionals, it is possible to reduce complications and long term detrimental effects, improving the patient's quality of life and ability to recover their self-reliance.

It is important to note that the family participation throughout therapy is crucial, as it symbolizes support for the patient in order to manage the anxiety and stress which can be by-products from newly discovering this condition.

Keywords

Guillain-Barré Syndrome, Care, Nursing, Diagnostics

1. INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de Guillain-Barré (SGB) es el término utilizado para hablar de una serie heterogénea de neuropatías periféricas, cuyo nexo común es la polirradiculopatía de evolución rápida. Es un trastorno autoinmune en el que se ven afectados los nervios del sistema nervioso periférico que conectan el cerebro y la médula espinal con el resto del cuerpo. Debido a ésta condición, se manifiesta frecuentemente con parálisis motora simétrica, además de ascendente, con o sin pérdida de sensibilidad (1-3).

Actualmente se ha convertido en una de las causas más frecuentes de parálisis aguda generalizada, donde los pacientes sufren un proceso devastador debido a su repentina e inesperada aparición, y a las importantes secuelas que pueden persistir tras su lenta y ardua recuperación (2-3). No obstante, el pronóstico de su evolución es favorable si se diagnostica de manera anticipada y si se proporciona al paciente cuidados enfermeros específicos y asistencia respiratoria; en cuyo defecto puede agravar el estado del enfermo apareciendo severas complicaciones tales como parálisis respiratoria, trastornos de la regulación cardiovascular o complicaciones infecciosas o tromboembolíticas (4-5).

Su incidencia es de 1.2 a 2.73 casos por cada 100.000 habitantes a nivel mundial, por lo que se considera una enfermedad de extraña aparición. En España, representa una variedad dentro de los 3 millones de casos registrados de enfermedades raras, según la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER). Así mismo, su manifestación no guarda ninguna predisposición sexual o étnica, y presenta una distribución bimodal en adultos jóvenes y mayores de 55 años (1,6).

El diagnóstico del SGB se realiza fundamentalmente a través de la clínica, la cual, a pesar de haber varios subtipos, se caracteriza por la presencia de síntomas neurológicos como paresia y/o parálisis unilateral de miembros inferiores con progresión ascendente y bilateral (3,7). Otros signos significativos son la diplejía, la disfonía, la disartria, la afección de pares craneales, además de dolor y debilidad en extremidades (4,8)(ANEXO 1).

En cuanto a su etiopatogenia, todavía sigue siendo un reto para la

medicina contemporánea. Si es cierto, que un gran número de casos presentan infecciones respiratorias o gastrointestinales (bacterianas o virales) previas al desarrollo de los primeros signos neurológicos; sin embargo, la existencia de otras teorías, como la susceptibilidad genética a la enfermedad o la aparición de ésta tras la administración de ciertas vacunas, dificultan la tarea de establecer un diagnóstico diferencial objetivo (3-6,9). A pesar de dicha controversia, a lo largo de la historia y, gracias a su peculiar expresión, se ha podido delimitar su compleja etiología, permitiendo así aplicar prácticas terapéuticas cada vez más efectivas (3-4,6).

Actualmente, su tratamiento se basa en la administración de inmunoglobulina intravenosa y en el sometimiento del paciente a sesiones de plasmaféresis, siendo ambos casos efectivos si se brindan en etapas tempranas de la enfermedad, ya que su objetivo principal es modificar la respuesta inmunológica, celular y humoral, del enfermo. De este modo se intenta evitar la reacción autoinmune que genera el organismo del afectado hacia su propio sistema nervioso (2-7,10). Complementariamente, dicho procedimiento farmacológico también cuenta con el manejo de analgesia, anticoagulación profiláctica, y un soporte nutricional y ventilatorio (6,11).

Sus primeros registros se remontan a principios del siglo XIX, cuando se recogen informes en la literatura médica sobre casos de entumecimiento y debilidad de evolución corta, seguidos de una recuperación espontánea. Un siglo más tarde, durante la Primera Guerra Mundial (1914-1918), Georges Charles Guillain y Jean-Alexandre Barré ejercían como médicos en el frente francés, donde fueron testigos de varios casos de soldados con parálisis parcial repentina. Este hecho impulsó una pertinaz investigación dirigida por ambos doctores, quienes finalmente, en 1927, emplearon por primera vez el concepto *Síndrome de Guillain-Barré* para definir aquellos cuadros clínicos caracterizados por parálisis parcial espontánea, desmielinización y degeneración nerviosa, además de afección respiratoria, entre otros síntomas (8).

Desde entonces ha habido diversas aportaciones científicas que han ayudado, aunque no de manera concluyente, a definir esta patología y a

establecer pautas de tratamiento y cuidados específicos. Es aquí donde se centra el objeto de este estudio, ya que, debido a la importancia de una rápida actuación dentro del ámbito hospitalario, se va a plantear una serie de cuidados enfermeros orientados a disminuir al máximo las complicaciones del síndrome; así como a reducir las posibles secuelas posteriores.

Para dicho fin se va a realizar un estudio integral del paciente, en el que se valorarán sus necesidades e inquietudes, su deterioro, y las posibles dificultades que puedan aparecer a lo largo del padecimiento del trastorno y tras la recuperación de éste.

JUSTIFICACIÓN:

La incertidumbre que despierta ésta enfermedad, respecto a su etiología y manifestación, evidencia un obstáculo a la hora de aplicar un tratamiento reglado y de priorizar los cuidados enfermeros. Ésta dificultad ha sido la motivación por la que se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de documentos científicos, recopilando los diagnósticos enfermeros más relevantes, con el propósito de facilitar a los profesionales de enfermería un modelo de cuidados en la atención a pacientes con SGB.

2. OBJETIVOS:

GENERALES:

Elaborar un Plan de Cuidados de Enfermería Estandarizado ante un paciente con Síndrome de Guillain-Barré, orientado a disminuir las complicaciones y secuelas posteriores de la enfermedad.

ESPEFÍFICOS:

1. Unificar los cuidados de enfermería que deben ser proporcionados a pacientes con Síndrome de Guillain-Barré, para obtener una firme actuación enfermera y conseguir un pronóstico de evolución favorable.
2. Identificar y enunciar los principales diagnósticos de enfermería presentes en estos enfermos, utilizando la taxonomía NADA/NOC/NIC.
3. Reconocer y valorar las necesidades e inquietudes del paciente, como también las de sus principales cuidadores.

3. METODOLOGÍA:

La obtención de material utilizado en la elaboración de este trabajo se ha realizado a través de la búsqueda y consulta de material procedente de libros específicos de Medicina Interna, Neurología y Cuidados Intensivos. A su vez, tal y como refleja la siguiente tabla, se ha efectuado una búsqueda electrónica de artículos de revistas médicas y de enfermería, accediendo a los registros mediante las bases de datos como PUBMED, CUIDEN PLUS, y DIALNET, principalmente; además de buscadores como SCIENCE DIRECT (3-4).

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	FILTROS/ "MeSH TERMS"	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS EMPLEADOS
PUBMED	<ul style="list-style-type: none"> · Enfermería · Síndrome de Guillain-Barre · Cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> · (nurs*) (care OR attention) on patient with Guillain-Barré · Guillain Barré Syndrom/ Nurs* · Guillain Barré Syndrom/rehabilitation · Guillain Barré Syndrom/therapy 	22	12
CUIDEN PLUS	<ul style="list-style-type: none"> · Enfermería · Guillain-Barré · Parálisis flácida 	<ul style="list-style-type: none"> · (nurs*) (care OR attention) on patient with Guillain-Barré · Guillain Barré Syndrom/ Nurs* 	10	6
DIALNET	<ul style="list-style-type: none"> · Enfermería · Guillain-Barré 	<ul style="list-style-type: none"> · Artículos de revista · 2011-2017 	6	2

BUSCADOR ACADÉMICO	PALABRAS CLAVE	FILTROS	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS EMPLEADOS
SCIENCE DIRECT	<ul style="list-style-type: none"> · Diagnósticos · Síndrome de Guillain-Barré 	<ul style="list-style-type: none"> · Health science · Neurology pathophysiology · 2009-2017 	17	3

Debido al hallazgo de numerosa literatura científica, ha sido necesario aplicar una serie de criterios de exclusión basados en la selección de documentos de habla inglesa y castellana; así como la utilización de investigaciones publicadas durante los últimos cinco años. Sin embargo, en algún caso concreto, ha sido necesario ampliar levemente el límite de años especificado.

Puesto que el objetivo de este trabajo consiste en el desarrollo de un Plan de Cuidados de Enfermería Estandarizado, se ha realizado una valoración integral del paciente adoptando el modelo conceptual de Virginia Henderson. Asimismo, se han aplicado los conocimientos y el lenguaje común de la profesión, tanto para la formulación diagnóstica como para el establecimiento de los Resultados y la identificación de las Intervenciones enfermeras pertinentes (12-13). Dicho procedimiento ha sido regulado por las siguientes taxonomías:

- Clasificación de Diagnósticos Enfermeros - NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) (14).
- Clasificación de Resultados Enfermeros - NOC (*Nursing Outcomes Classification*) (15).
- Clasificación de Intervenciones Enfermeras - NIC (*Nursing Interventions Classification*) (16).

4. DESARROLLO:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADO EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ (SGB)

A continuación, se describe un Plan de Cuidados de Enfermería Estandarizado en un paciente con SGB a su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos y durante los primeros momentos de su evolución. La finalidad del siguiente documento consiste en conocer y prevenir las primeras repercusiones físicas y psicológicas derivadas de ésta enfermedad, así como en orientar al personal de enfermería a realizar un abordaje integral del paciente y de sus familiares.

FASE 1 DEL PLAN DE CUIDADOS: VALORACIÓN

Según el modelo de las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson, durante la anamnesis clínica del paciente, la información reunida se organizará en consecuencia de si constituyen una manifestación de independencia o conducta apropiada, una manifestación de dependencia o conducta inapropiada (por falta de conocimientos, fuerza o voluntad), o según sea un dato a considerar que repercuta en la satisfacción de las necesidades del paciente (12).

Partiendo de un supuesto en el que el enfermo carece de antecedentes médicos relevantes, se expondrá el siguiente contexto:

1. RESPIRACIÓN, posible manifestación de dependencia:
 - Distress respiratorio y debilidad de la musculatura respiratoria.
 - Riesgo de necesitar ventilación mecánica.

2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN, probabilidad de presentar:
 - Alteración en la deglución y masticación.
 - Riesgo de desequilibrio nutricional y de deshidratación.
 - Riesgo de requerir sonda nasogástrica (SNG) o de iniciar una nutrición parenteral (NPT).

3. ELIMINACIÓN, posibilidad de manifestar:
 - Necesidad de una sonda vesical en caso de debilitamiento de la musculatura urinaria y abdominal.

- Riesgo de estreñimiento por inmovilidad y fármacos.
4. MOVIMIENTO Y MANTENIMIENTO POSTURAL, frecuente manifestación de dependencia debido a:
 - Parestesias y limitación (total o parcial) de la movilidad, inicialmente en extremidades inferiores con progresión ascendente y simétrica.
 - Alteración de las capacidades perceptivomotrices: conciencia de su propio cuerpo y de la estructura temporal y espacial; junto con las capacidades coordinativas: habilidades manipulativas, locomotrices y no locomotrices (ANEXO 2).
 5. REPOSO Y SUEÑO, habitual manifestación de dependencia relacionada con:
 - Necesidad de administrar farmacología para favorecer la conciliación del sueño debido a: dolor, postura incómoda, disnea, ansiedad y perturbación del ciclo sueño-vigilia.
 6. VESTIMENTA, posible déficit de autocuidado como consecuencia de la limitación de la movilidad.
 7. TERMORREGULACIÓN
 8. HIGIENE CORPORAL E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS, frecuente manifestación de dependencia vinculada a:
 - Riesgo de deterioro de la integridad cutánea: úlceras por presión (UPP).
 - Riesgo de presentar sequedad de mucosas y edema general.
 9. SEGURIDAD, posible manifestación de dependencia debido a:
 - Pérdida de sensibilidad, parestesias y hormigueos.
 - Riesgo de infecciones.
 - Riesgo de caídas y traumatismos (ANEXO 3).
 - Riesgo de baja autoestima situacional y depresión.
 - Dolor y ansiedad (ANEXO 4).
 10. COMUNICACIÓN, probable manifestación de dependencia representada por:

- Alteración en el patrón de comunicación con familiares y profesionales sanitarios.
- Introspección emocional y aislamiento: incertidumbre, angustia, miedos por enfermedad y secuelas.
- Inecuación de la tolerancia a la frustración.

11. CREENCIAS Y VALORES

12. AUTORREALIZACIÓN:

- Interrumpida.

13. OCIO:

- Interrumpido.

14. APRENDIZAJE:

- Dependerá del paciente y de su familia.

FASE 2 y 3 DEL PLAN DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICO - PLANIFICACIÓN

Previa exposición de los diagnósticos enfermeros se deberá efectuar un análisis de los datos obtenidos:

PROBLEMAS REALES:

- Síndrome de Guillain-Barré:
 - Distress respiratorio y debilidad de la musculatura respiratoria.
 - Disnea.
 - Dificultad en la elaboración de movimientos voluntarios.
 - Pérdida de los reflejos osteotendinosos y de la sensibilidad en los miembros afectados.
 - Pérdida de la propiocepción de los miembros afectados.
 - Dolor.

COMPLICACIONES POTENCIALES:

- Riesgo de sequedad de mucosas secundario a oxigenoterapia.
- Riesgo de aparición de efectos secundarios de la medicación administrada.
- Riesgo de infección secundario a sondaje vesical.

- Riesgo de flebitis, obstrucción o extravasación, secundario a vía periférica.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS:

DIAGNÓSTICOS AUTONOMÍA: (14)

1. Alimentación, suplencia parcial.
2. Eliminación, suplencia parcial.
3. Movilización y mantenimiento de una buena postura, suplencia parcial.
4. Vestido y arreglo personal, suplencia parcial.
5. Termorregulación, suplencia parcial.
6. Higiene y cuidado de la piel, mucosas y faneras, suplencia parcial.
7. Mantenimiento de la seguridad del entorno, suplencia parcial.

DIAGNÓSTICOS DE INDEPENDENCIA a desarrollar en las tablas posteriores:

1. Deterioro de la movilidad física
2. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
3. Riesgo de baja autoestima situacional
4. Interrupción de los procesos familiares
5. Patrón respiratorio ineficaz

DIAGNÓSTICOS DE INDEPENDENCIA:

DIAGNÓSTICO	00085 – Deterioro de la movilidad física.
Características definitorias	Limitación del movimiento físico dependiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.
Factores relacionados	- Deterioro neuromuscular - Deterioro sensorio-perceptivo
Manifestaciones	- Disminución de las habilidades motoras (finas y gruesas) - Alteración de la marcha (Anexo 5)
Resultados NOC	0918 – Atención del lado afectado.
Indicadores <i>Puntuación actual: 4</i> <i>Puntuación diana: 10</i>	- 091801 – Reconocer el lado afectado como propio de sí mismo. <i>Valor escala: 2 - Raramente demostrado</i> <i>Valor esperado: 5 - Siempre demostrado</i> - 110113 – Estimula la fuerza y destreza del lado afectado. <i>Valor escala: 2 - Raramente demostrado</i> <i>Valor esperado: 5 - Siempre demostrado</i>
Resultados NOC	0917 – Estado neurológico periférico.
Indicadores <i>Puntuación actual: 6</i> <i>Puntuación diana: 10</i>	- 091705 – Sensibilidad bilateral. <i>Valor escala: 3 - Moderadamente comprometido</i> <i>Valor esperado: 5 - No comprometido</i> - 091710 – Función motora bilateral. <i>Valor escala: 3 - Moderadamente comprometido</i> <i>Valor esperado: 5 - No comprometido</i>
Intervenciones NIC	2660 – Manejo de la sensibilidad periférica alterada.
Actividades	- Observar y registrar si hay parestesias: entumecimiento, hormigueos, hiperestesia e hipoestesia, así como el dolor. - Administrar analgésicos, corticoides, anticomiciales, antidepresivos tricíclicos o anestésicos locales si es necesario.
Intervenciones NIC	2760 – Manejo de la desatención unilateral.
Actividades	- Realizar movimientos de amplitud y masajes en el lado afectado. - Consultar con el terapeuta ocupacional y el fisioterapeuta el tiempo y estrategias para facilitar la recuperación de las partes corporales anuladas y su función.

DIAGNÓSTICO	00047 – Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
Características definitorias	Vulnerable a una alteración en la epidermis y/o la dermis, que puede comprometer la salud.
Factores relacionados	- Factor mecánico: inmovilidad física. - Alteración física, a consecuencia de la lesión medular.
Resultados NOC	1101 – Integridad tisular de la piel y membranas mucosas
Indicadores <i>Puntuación actual: 6</i> <i>Puntuación diana: 10</i>	- 110102 – Sensibilidad. <i>Valor escala: 3 - Moderadamente comprometida.</i> <i>Valor esperado: 5 - No comprometida.</i> - 110113 – Integridad cutánea. <i>Valor escala: 3 - Moderadamente comprometida.</i> <i>Valor esperado: 5 - No comprometido.</i>
Resultados NOC	2400 – Función sensitiva: táctil.
Indicadores <i>Puntuación actual: 6</i> <i>Puntuación diana: 10</i>	- 240008 – Parestesia. <i>Valor escala: 3 - Moderadamente comprometida.</i> <i>Valor esperado: 5 - No comprometida.</i> - 240012 – Pérdida de sensibilidad. <i>Valor escala: 3 - Moderada.</i> <i>Valor esperado: 5 - No comprometida.</i>
Intervenciones NIC	3540 – Prevención de úlceras por presión.
Actividades	- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (Escala de Braden) (ANEXO 6). - Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día. - Utilizar camas y colchones especiales según corresponda.
Intervenciones NIC	3410 – Monitorización de las extremidades inferiores.
Actividades	- Preguntar si hay parestesias (entumecimiento, hormigueo o quemazón). - Determinar las respuestas propioceptivas. - Explorar los reflejos tendinosos profundos (tobillo y rodilla), si está indicado.

DIAGNÓSTICO	00153 - Riesgo de baja autoestima situacional.
Características definitorias	Vulnerable al desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación concreta, que puede comprometer la salud.
Factores relacionados	- Deterioro funcional. - Disminución en el control del entorno.
Resultados NOC	1308 - Adaptación a la capacidad física.
Indicadores <i>Puntuación actual: 4</i> <i>Puntuación diana: 9</i>	- 130803 - Se adapta a las limitaciones funcionales. <i>Valor escala: 2 - Raramente demostrado.</i> <i>Valor esperado: 5 - Siempre demostrado.</i> - 130806 - Utiliza estrategias para disminuir el estrés relacionado con la discapacidad. <i>Valor escala: 2 - Raramente demostrado.</i> <i>Valor esperado: 4 - Frecuentemente demostrado.</i>
Resultados NOC	1309 - Resiliencia personal.
Indicadores <i>Puntuación actual: 4</i> <i>Puntuación diana: 9</i>	- 130903 - Expresa emociones. <i>Valor escala: 3 - A veces demostrado.</i> <i>Valor esperado: 5 - Siempre demostrado.</i> - 130912 - Busca apoyo emocional. <i>Valor escala: 2 - Raramente demostrado.</i> <i>Valor esperado: 4 - Frecuentemente demostrado.</i>
Intervenciones NIC	5230 - Mejorar el afrontamiento
Actividades	- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. - Alentar una actitud positiva de esperanza realista como forma de mejorar los sentimientos de impotencia.
Intervenciones NIC	5820 - Potenciación de la autoestima
Actividades	- Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, según corresponda. - Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.

DIAGNÓSTICO	00060 – Interrupción de procesos familiares.
Características definitorias	Cambios en las relaciones y/o en el funcionamiento familiar.
Factores relacionados	- Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia - Crisis situacional
Manifestaciones	- La alteración en la resolución de problemas - Disminución de la disponibilidad en apoyo emocional.
Resultados NOC	2608 – Resiliencia familiar.
Indicadores <i>Puntuación actual: 5</i> <i>Puntuación diana: 10</i>	- 260832 – Utiliza el equipo de asistencia sanitaria para la información y ayuda. <i>Valor escala: 3 - A veces demostrado</i> <i>Valor esperado: 5 - Siempre demostrado</i> - 260819 – Se prepara para futuros desafíos. <i>Valor escala: 2 - Raramente demostrado</i> <i>Valor esperado: 4 - Siempre demostrado</i>
Resultados NOC	2609 – Apoyo familiar durante el tratamiento.
Indicadores <i>Puntuación actual: 5</i> <i>Puntuación diana: 10</i>	- 260908 – Los miembros proporcionan contacto reconfortante al miembro enfermo. <i>Valor escala: 3 - A veces demostrado</i> <i>Valor esperado: 5 - Siempre demostrado</i> - 260911 – Colaboran con los proveedores de asistencia sanitaria en la determinación de los cuidados. <i>Valor escala: 3 - A veces demostrado</i> <i>Valor esperado: 5 - Siempre demostrado</i>
Intervenciones NIC	7170 – Facilitar la presencia de la familia.
Actividades	- Determinar las necesidades de apoyo emocional, físico, psicosocial y espiritual del paciente y de la familia, y tomar las medidas oportunas para satisfacer dichas necesidades, según corresponda. - Ofrecer y suministrar medidas de confort y apoyo, incluida la derivación a otros servicios adecuados, si es necesario.

DIAGNÓSTICO	00032 – Patrón respiratorio ineficaz
Características definitorias	Inspiración y/o espiración que no proporcionan una ventilación adecuada.
Factores relacionados	- Deterioro neuromuscular.
Manifestaciones	- Alteración de movimientos torácicos - Disnea.
Resultados NOC	0403 – Estado respiratorio: ventilación.
Indicadores <i>Puntuación actual: 6</i> <i>Puntuación diana: 10</i>	- 040302 – Profundidad de la respiración. <i>Valor escala: 3 - Desviación moderada del rango normal</i> <i>Valor esperado: 5 - Sin desviación del rango normal</i> - 040329 – Expansión torácica asimétrica. <i>Valor escala: 3 - Desviación moderada del rango normal</i> <i>Valor esperado: 5 - Sin desviación del rango normal</i>
Intervenciones NIC	3390 – Ayuda a ventilación.
Actividades	- Colocar al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios (elevar la cabecera de la cama y colocar una mesa encima de la cama en la que pueda apoyarse). <i>Posición de Fowler (ANEXO 7).</i> - Iniciar y mantener el oxígeno complementario, según corresponda.

FASE 4 DEL PLAN DE CUIDADOS: EJECUCIÓN

Se pondrán en práctica las intervenciones planificadas para el logro de los Objetivos establecidos y se registrarán dichas actuaciones junto con la respuesta a éstas del individuo.

FASE 5 DEL PLAN DE CUIDADOS: EVALUACIÓN

Se deberán evaluar los indicadores cuantificables correspondientes a los NOC (Escala Likert), habiendo ya mostrado una posible mejora de cada uno de ellos mediante una puntuación diana, reflejada en el esquema de planificación junto a la valoración primera.

5. CONCLUSIONES

El SGB es una enfermedad autoinmune caracterizada por la afección del sistema nervioso periférico, cuya versátil manifestación compromete el tratamiento y la atención de las complicaciones derivadas de esta patología.

La trascendencia y complejidad que tiene la actuación de enfermería en la atención a pacientes con SGB, sugiere la necesidad de elaborar un método para poner en práctica y obtener así los mejores resultados.

En consecuencia, se ha llevado a cabo una estandarización de cuidados enfermeros en estos pacientes, procurando una herramienta de base al personal de enfermería. La aplicación de las intervenciones establecidas, hará posible disminuir secuelas y complicaciones potenciales tanto en número como en severidad, y ayudará al paciente y a la familia a controlar la ansiedad sobre su nueva situación de salud.

Un objetivo de suma importancia es hacer partícipe a la familia en el proceso terapéutico, para brindar una mejor calidad de vida a la persona ayudándola a recuperar parcialmente su capacidad de autocuidado (17).

Cabe destacar que a pesar de la mencionada versatilidad de la enfermedad y la dificultad que ha supuesto el hallazgo de anteriores planes de cuidados, se ha conseguido contrastar y ampliar dichos modelos; consiguiendo una unificación de cuidados con alcance físico y psicosocial, siendo en éste último ámbito donde se ha percibido en reiteradas ocasiones una falta de implicación (1,10).

Por último, desde un punto de vista individual, recalcaría la importancia de la actuación enfermera en la mejoría de estos pacientes e instaría a los profesionales de enfermería a desprenderse del miedo inicial que puede provocar, ya que la rápida recuperación que se puede obtener resulta verdaderamente gratificante.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Cancino-Morales KL, Balcázar-Martínez V, Matus-Miranda R, Velasco NM, México MDF. Intervenciones de enfermería en una persona con síndrome de Guillain-Barré tipo AMAN, bajo la teoría de Dorothea Orem. Enfermería Univ. [Internet]. 2013 [citado 17 Feb 2017];10(1):27–32.
Disponible en: www.elsevier.es/
2. Walling AD, Dickson G. Guillain-Barré Syndrome. [Internet]. 2013 [citado 21 Feb 2017];87(3).
Disponible en : www.aafp.org/afp
3. Rozman Borstnar C, Cardellach López F. Farreras-Rozman. Medicina Interna. Vol 2. 17a ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
4. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscazo J, editores. Harrison principios de medicina interna. Vol 2. 18ªed. México: Mc.Graw-Hill; 2012.
5. GBS/CIDP International Foundation. SGB: Una guía de atención aguda para profesionales médicos. [Internet]. 2012 [citado 7 Mar 2017];37.
Disponible en: www.gbs-cidp.org
6. Vigil Zulueta IA, Guerra Santana A, Ochoa Undangarain L, Hernández Zayas MS, Domínguez Osorio CA. Rehabilitación de niños y adolescentes con síndrome de Guillain- Barré. MEDISAN. [Internet].2012 [citado 23 Abr 2017];16(10):1513–23.
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-3019201200100006
7. McNair ND. Treatment of Guillain-Barré Syndrome. J Infus Nurs. [Internet]. 2013 [citado 7 Mar 2017];36(6):397–400.
Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00129804-201311000-00004>

8. Cortina MT, Adalmi A, Barroso F, Fidelina J. Caracterización del síndrome de Guillain – Barré en el Hospital “ Julio Trigo López ” durante el período 2000 – 2009. RCNN, ISSN-e 2225-4676, Vol 2, N° 1, 2012, págs 3-8. 2012;2(1):3–8.
9. Van Doorn PA, Ruts L, Jacobs BC. Clinical features, pathogenesis, and treatment of Guillain-Barré syndrome. [Internet] 2008. [citado 27 Mar 2017].

Disponible en: www.thelancet.com/neurology
10. González P, García X, Guerra A, Arango JC, Delgado H, Uribe CS, et al. Experiencia del síndrome de Guillain-Barré en una Unidad de Cuidados Intensivos neurológicos. Neurología. 2016;31(6):389–94.
11. Chen C-M, Wu P-C. [A nursing experience of applying Watson’s caring theory to a primary caregiver in an ICU]. Hu Li Za Zhi [Internet]. 2005 Oct;52(5):78–85.

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16222645>
12. José C, Bellido C, Área VE, Complejo Q, De H, José J, et al. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. [Internet] 2010.[citado 2 May 2017].

Disponible en: http://www.index_f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf
13. Fraile CB, Sarabia R, M^a L, Otero ML. Metodología de la Enfermería.[Internet] Creative Commons BY-NC-SA 3.0. 2010. [citado 7 May 2017]

Disponible en: [http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/metodologia-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/metodologia %28pdf %29 /3.6-](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/metodologia-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/metodologia%28pdf%29/3.6-)
14. Enfermeros D. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2015-2017. En: T . Heather Herdman , PhD, RN, FNI, editores. Madrid: Elsevier; 2015.
15. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de

- Resultados de Enfermería (NOC). 2013. 1-736 p.
16. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 2014. 666 p.
 17. Carmona Rivas M del C. Desafío emocional en una cuidadora familiar ante el Síndrome de Guillain Barré. Arch Mem. [Internet] 2013 [citado 30 Abr 2017]; Vol 10 fasc.

Disponible en : <http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/memoria/10/1003.php>
 18. Soledad Gamarra G, Rosciani F, Sosa F. UNA REVISION: SINDROME DE GUILLEN BARRE. Rev. posgrado VIa. Cátedra Med. [Internet] 2010. [citado 8 de Abr 2017];(17):1515-8764

Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista199/5_199.pdf
 19. Gómez-Soriano J, Taylor J. Espasticidad después de la lesión medular: revisión de los mecanismos fisiopatológicos, técnicas de diagnóstico y tratamientos fisioterapéuticos actuales. Fisioterapia. [Internet] 2010. [citado 31 Mar 2017]; 32(2):89-98.

Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211563809001722>
 20. O’Connell B, Myers H. The sensitivity and specificity of the Morse Fall Scale in an acute care setting. J Clin Nurs. [Internet] 2002. [citado 31 Mar 2017] Jan; 11(1): 134-6.

Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2702.2002.00578.x/abstract>
 21. Ruiz López R, Pagerols M, Collado A. [Internet] 1993. [citado 31 Mar 2017] Cuestionario del dolor en español: resultados de su empleo sistematizado durante el periodo 1990-93. Dolor. 11S.

Disponible en: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_de_dolor_espanol.pdf
 22. Tinetti M. Performance-Oriented Assesment of Mobility Problems in

Elderly Patients. J Am Geriatr Soc. [Internet] 1986. [citado 31 de Mar 2017];34 (2):119-126.

Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1986.tb05480.x>

23. Valle Vicente M. Escalas de valoración. En: Mezcuá Navarro S. Enfermería geriátrica. Manual de enfermería CTO [Internet] 2016. [citado 13 May 2017] Madrid: CTO editorial; 2015. P. 27-32.

Disponible en: http://www.grupocto.com/web/editorial/pdf/ANEXO_OPCL/Anexo_60_web.pdf

24. Conselleria de Sanitat [Internet] Valencia: Generalitat Valenciana [citado 13 May 2017] Guía de Actuación de Enfermería: MANUAL DE PROCEDIMIENTOS GENERALES. 2ª ed.

Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.5277-2007.pdf>

7. ANEXOS

ANEXO 1

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ TÍPICO, – Modificados de Asbury y Cornblath –

Rasgos requeridos para el diagnóstico

- Debilidad motora progresiva en más de una extremidad
- Arreflexia

Rasgos que apoyan fuertemente el diagnóstico

- Progresión de los síntomas hasta un máximo de cuatro semanas.
- Simetría relativa.
- Signos o Síntomas sensitivos leves.
- Afección de nervios craneales, especialmente parálisis facial bilateral, los nervios oculomotores pueden afectarse.
- Comienzo de la recuperación en 2-4 semanas después de cesar la progresión.
- Disfunción autónoma.
- Ausencia de fiebre al inicio de la enfermedad.
- Elevación de la concentración de proteínas en líquido cefalorraquídeo con menos de 10 células/mm³.
- Hallazgos típicos en los estudios neurofisiológicos.

Rasgos dudosos para el diagnóstico

- Presencia de un nivel sensitivo nítido.
- Marcada o persistente asimetría de los síntomas o los signos.
- Disfunción esfinteriana persistente grave.
- Más de 50 células/mm³ en el líquido cefalorraquídeo.
- Presencia de polimorfunucleares en el líquido cefalorraquídeo.

Rasgos que excluyen el diagnóstico

- Diagnóstico de Botulismo, Miastenia Gravis, Poliomiellitis, Neuropatía tóxica.
- Trastornos en el metabolismo de las porfirinas.
- Difteria reciente.
- Síndrome sensitivo puro sin debilidad.
- Progresión de la enfermedad durante más de dos meses: sería una polirradiculopatía desmielinizante.

Fuente I: Una revisión bibliográfica: SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ (18).

ANEXO 2**ESCALA DE ESPASTICIDAD – Ashworth modificada –**

Consiste en una escala de valoración directa de la espasticidad, ampliamente difundida y de alta fiabilidad. Es la más utilizada debido a su fácil uso y la posibilidad de ser aplicada en cualquier articulación (19).

0	Tono muscular normal	--
1	Hipertonía leve	Aumento en el tono muscular con "detección" en el movimiento pasivo de la extremidad, mínima resistencia en menos de la mitad de su arco de movimiento.
2	Hipertonía moderada	Aumento en el tono muscular durante la mayor parte del arco de movimiento, pero puede mover pasivamente con facilidad la parte afectada.
3	Hipertonía intensa	Aumento prominente del tono muscular, con dificultad para efectuar los movimientos pasivos.
4	Hipertonía extrema	La parte afectada permanece rígida, tanto para la flexión como para la extensión.

Fuente II: Espasticidad después de la lesión medular: revisión de los mecanismos fisiopatológicos, técnicas de diagnóstico y tratamientos fisioterapéuticos actuales (19).

ANEXO 3**RIESGO DE CAIDAS INTRAHOSPITALARIAS – Morse –**

A la hora de realizar la valoración del riesgo de sufrir algún tipo de traumatismo intrahospitalario, se propone el siguiente cuestionario, con la intención de anticiparse a las posibles complicaciones derivadas de la parálisis parcial propia del SGB (20).

Nombre**Fecha****Unidad/Centro****Nº Historia****CUESTIONARIO DE RIESGO DE CAÍDAS EN HOSPITAL – Morse-**

Población diana: Población general hospitalizada. Se trata de una escala **hetero-administrada** que consta de 6 ítems, con un rango total de 0 a 125. Presenta dos puntos de corte en función al riesgo de caída: Sin riesgo (< 24), Riesgo bajo (25-50), Y Riesgo alto (>50).

ÍTEMS	RESPUESTA	PUNTOS
1. Antecedentes de caídas recientes o en los 3 últimos meses	No	0
	Si	25
2. Diagnóstico secundario	No	0
	Si	15
3. Ayuda para la deambulación	Reposo en cama, ayuda de enfermera	0
	Muletas, bastón, andador	15
	Muebles	30
4. Catéteres IV/ Vía heparinizada	No	0
	Si	20
5. Equilibrio/traslado	Normal, reposo en cama, inmóvil	0
	Débil	10
	Alterado	20
6. Estado Mental	Orientado según las posibilidades	0
	Olvida sus limitaciones	15
Puntuación Total		

Fuente III: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud

ANEXO 4**CUESTIONARIO DE DOLOR ESPAÑOL – CDE –**

Para la evaluación del dolor, se recomienda el uso del Cuestionario de Dolor Español (CDE), puesto que aborda de manera exhaustiva las diversas diferencias del sufrimiento del paciente (21).

Nombre**Fecha****Unidad/Centro****Nº Historia****CUESTIONARIO DE DOLOR ESPAÑOL – CDE –**

Población diana: Población general con dolor agudo y crónico. Se trata de un cuestionario **autoadministrado**. El cuestionario presenta varias dimensiones tal y como se presenta en la tabla siguiente:

CLASES	Sensorial	Afectiva	Evaluativa
SUBCLASES	Temporal 1 Térmica Presión constrictiva Presión puntiforme / incisiva Presión de tracción gravativa Espacial Viveza.	Temor Autonómica / vegetativa Castigo Tensión / cansancio Cólera / disgusto Pena / ansiedad	Temporal 2 Intensidad

El cuestionario obtiene tres resultados: Valor de intensidad total, valor de intensidad actual y Escala visual analógica.

- El valor de intensidad total se obtiene de la suma de los valores de cada clase: valor de intensidad de dolor sensorial, afectiva y evaluativa. El valor de cada clase se valora marcando los descriptores que se encuentran dentro de sus subclases, donde el paciente debe marcar uno o ningún descriptor. Si marca uno puntúa 1 y si no marca ninguno puntúa 0. El valor de intensidad sensorial se obtiene sumando y estará, por tanto, entre 0 y 7. El valor de intensidad afectivo oscila entre 0 y 6. El valor de intensidad evaluativo será 0 o 1. De la suma de estas tres dimensiones se obtiene la puntuación del valor de intensidad total, que se comprenderá entre 0 y 14.
- El valor de intensidad actual se obtiene de una escala tipo Likert de 0 a 5
- El valor de la Escala Visual Analógica se puntúa de 0 a 10.

RESULTADOS		
Valor de intensidad sensorial	0/7	
Valor de intensidad afectiva	0/6	
Valor de intensidad evaluativa	0/1	
Valor de intensidad total	0/14	
Valor de intensidad actual	0/5	
Escala Visual Analógica	0/10	

Fuente III: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud

VALOR DE INTENSIDAD SENSORIAL	VALOR DE INTENSIDAD AFECTIVA
Temporal 1	Temor
<input type="checkbox"/> Como pulsaciones <input type="checkbox"/> Como una sacudida <input type="checkbox"/> Como un latigazo	<input type="checkbox"/> Temible <input type="checkbox"/> Espantoso <input type="checkbox"/> Horrible
Térmica	Autonómica / Vegetativa
<input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Caliente <input type="checkbox"/> Ardiente	<input type="checkbox"/> Que marea <input type="checkbox"/> Sofocante
Presión constrictiva	Castigo
<input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Como un pellizco <input type="checkbox"/> Agarrotamiento <input type="checkbox"/> Calambre <input type="checkbox"/> Espasmo <input type="checkbox"/> Retortijón <input type="checkbox"/> Opresivo	<input type="checkbox"/> Que atormenta <input type="checkbox"/> Mortificante <input type="checkbox"/> Violento
Presión puntiforme / incisiva	Tensión / Cansancio
<input type="checkbox"/> Pinchazo <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Penetrante <input type="checkbox"/> Agudo	<input type="checkbox"/> Extenuante <input type="checkbox"/> Agotador <input type="checkbox"/> Incapacitante
Presión de tracción gravativa	Cólera / Disgusto
<input type="checkbox"/> Pesado <input type="checkbox"/> Tirante <input type="checkbox"/> Como un desgarro <input type="checkbox"/> Tenso	<input type="checkbox"/> Incómodo <input type="checkbox"/> Que irrita <input type="checkbox"/> Que consume
Espacial	Pena / Ansiedad
<input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Difuso <input type="checkbox"/> Que se irradia <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Profundo	<input type="checkbox"/> Deprimente <input type="checkbox"/> Agobiante <input type="checkbox"/> Que angustia <input type="checkbox"/> Que obsesiona <input type="checkbox"/> Desesperante
Viveza	VALOR DE INTENSIDAD EVALUATIVA
<input type="checkbox"/> Adormecido <input type="checkbox"/> Picor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Como agujetas <input type="checkbox"/> Escozor <input type="checkbox"/> Como una corriente	Temporal 2
	<input type="checkbox"/> Momentáneo <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Creciente <input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Persistente
VALOR INTENSIDAD ACTUAL	
Intensidad	
<input type="checkbox"/> Sin dolor <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Intenso <input type="checkbox"/> Fuerte <input type="checkbox"/> Insoportable	



Escala visual analógica



Sin dolor

Dolor insoportable

ANEXO 5**ESCALA DE VALORACIÓN DEL EQUILIBRIO Y LA MARCHA – Tinetti –**

Población diana: Población general. Se trata de una escala hetero-administrada dividida en dos subescalas: equilibrio estático y equilibrio de la marcha (22).

Equilibrio estático	Normal	Adaptada	Anormal
1. Equilibrio sentado	Estable	Silla con agarradero para mantenerse de pie	Inclinado resbala de la silla
2. Levantarse de una silla	Capaz de levantarse con un movimiento simple, sin apoyarse	Utiliza los brazos para levantarse o se mueve hacia delante con la silla antes de intentar levantarse	Intentos múltiples inútiles. Incapaz de levantarse sin ayuda de otra persona
3. Equilibrio inmediato después de haberse levantado (3-5')	Capaz de levantarse, no se mueve ni se apoya	Estable pero utiliza ayuda para andar (bastón), u otro objeto para su apoyo	Algún signo de movimiento
4. Equilibrio en bipedestación	Estable, no se apoya	No puede mantener los pies juntos	Algún signo de movimiento o ayuda de objeto
5. Equilibrio en bipedestación con los ojos cerrados	Estable, no se apoya	Estable con los pies separados	Algún signo de movimiento o necesita ayuda de objeto
6. Equilibrio después de un giro de 360°	No se coge ni tambalea, sin necesidad de apoyo a un objeto. Estable de forma permanente	Pasos discontinuos (pone un pie completamente en el suelo antes de elevar el otro)	Algún signo de movimiento o necesidad de ayuda de un objeto
7. Resistencia a "empujón a esternón"	Estable	Se desliza pero es capaz de mantener el equilibrio	Caería si el examinador no lo ayudase a mantener el equilibrio
8. Equilibrio después de la rotación de la cabeza	Capaz de rota la cabeza sin caerse, no se tambalea ni tiene dolor	Capacidad disminuida, pero sin signos de mareo, inestabilidad o dolor	Algún signo de movimiento o dolor cuando intenta rotar la cabeza
9. Equilibrio en posición unipodal (5')	Capaz de estar estable sobre un pie durante ese periodo, sin apoyarse		Incapaz
10. Equilibrio en extensión de la columna vertebral	Buena extensión del cuello sin necesidad de apoyo, no actos tambaleos	Disminuida al comparar con pacientes de igual edad o necesita apoyarse	Incapaz de extender, o no lo intenta
11. Equilibrio con extensión de columna vertebral y elevación de los brazos, apoyándose en la punta de los pies	Capaz de efectuar el movimiento estable	Capaz de efectuar el movimiento pero necesita un punto de apoyo	Incapaz o bien se mueve
12. Equilibrio inclinado hacia delante (coger un objeto del suelo)	Es capaz de efectuar movimiento, coge objeto del suelo sin necesidad de ayuda	Capaz de efectuar el movimiento, coge objeto del suelo, con apoyo al levantarse	Incapaz de efectuar el movimiento o múltiples intentos
13. Equilibrio para sentarse	Capaz de hacer con un movimiento armónico	Necesita ayuda de los brazos, o movimiento no armónico	Caer en la silla y se equivoca en el cálculo de la distancia

Fuente III: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud

Equilibrio durante la marcha	Normal	Anormal
1. Equilibrio al inicio de la marcha	Inicia inmediatamente la marcha, sin vacilar. El inicio es simple	Duda, vacila, intentos múltiples al inicio de la marcha. El inicio es simple
2. Altura del paso	No más de 5 cm de elevación	Arrastra los pies, o los pega totalmente en el suelo, o los levanta demasiado
3. Longitud del paso	Distancia de un pie entre el calcáneo de uno y los dedos del otro	Menor que lo descrito como anormal
4. Simetría del paso	El largo del paso es aproximadamente igual a cada lado, para la mayoría de los pasos	Variable a lo largo del paso o avanza con un solo pie
5. Continuidad de la marcha	Comienza a levantar el calcáneo de un pie cuando apoya el otro. Pasos simétricos	Apoya completamente un pie antes de levantar el otro. Interrumpe la marcha o el largo del paso varía
6. Desviación del trayecto	No se desvía de la línea imaginaria	Se desvía en una o más direcciones
7. Estabilidad del tronco	Tronco flexible, los brazos no están abiertos para intentar mantener el equilibrio	Tronco flexionado o bien los brazos abiertos
8. Postura durante la marcha	Adecuada	Marcha con los pies separados
9. Giro durante la marcha	No se tambalea, lo hace sin detener la marcha	Duda, se para antes del inicio o se tambalea para iniciar el giro haciéndolo de forma discontinua

PUNTUACIÓN	
Equilibrio estático	
Equilibrio durante la marcha	
Total de anomalías	

Fuente III: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud

ANEXO 6**ESCALA DE RIESGO DE UPP – Braden –**

Es una escala de valoración que se utiliza para prevenir la aparición de UPP de domicilios o de nuevo ingreso que van a permanecer encamados (total o parcialmente) durante un tiempo determinado.

Según la evidencia científica, tiene mejores indicadores de validez y fiabilidad, además de ser la más utilizada en diferentes ámbitos (23).

Nombre**Fecha****Unidad/Centro****Nº Historia****ESCALA DE RIESGO DE UPP - BRADEN**

Población diana: Población general hospitalizada. Se trata de un cuestionario heteroadministrado que consta de 6 ítems. Cada ítem se puntúa de 1 (menos deseable) a 4 (más deseable), excepto el ítem "Fricción y rozamiento" que puntúa de 1 a 3. El rango de puntuación oscila entre 6 y 23. Una puntuación de 16 o inferior indica un mayor riesgo de úlceras por presión. Los autores sugieren tener en cuenta también otros factores como la edad y el estado funcional.

Puntos	1	2	3	4
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Levemente limitada	No alterada
Humedad	Constantemente húmeda	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
Fricción y deslizamiento	Es un problema	Es un problema potencial	Sin problema aparente	-----

FECHA				
PUNTUACIÓN				

Fuente III: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.

Percepción sensorial. Capacidad para responder significativamente al disconfort relacionado con la presión.

1. **Completamente limitada.** No responde (no se queja, no se defiende ni se agarra) ante estímulos dolorosos, por un nivel disminuido de conciencia o sedación o capacidad limitada para sentir dolor sobre la mayoría de la superficie corporal.
2. **Muy limitada.** Responde solamente a estímulos dolorosos. No puede comunicar el disconfort excepto por quejido o agitación o tiene un deterioro sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o disconfort sobre la mitad del cuerpo.
3. **Levemente limitada.** Responde a órdenes verbales pero no siempre puede comunicar el disconfort o la necesidad de ser volteado o tiene alguna alteración sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o disconfort en una o dos extremidades.
4. **No alterada.** Responde a órdenes verbales. No tiene déficit sensorial que limite la capacidad de sentir o manifestar dolor o disconfort.

Humedad. Grado en el cual la piel está expuesta a la humedad.

1. **Constantemente húmeda.** La piel permanece húmeda casi constantemente por sudoración, orina o líquidos corporales. Cada vez que es movilizado o girado, se encuentra mojado.
2. **Muy húmeda.** La piel está frecuentemente húmeda, las sábanas deben cambiarse por lo menos una vez en el turno (cada ocho horas).
3. **Ocasionalmente húmeda.** La piel está ocasionalmente húmeda, requiere un cambio extra de sábanas aproximadamente una vez al día (cada 12 horas).
4. **Rara vez húmeda.** La piel está usualmente seca, las sábanas requieren cambio con intervalos de rutina (cada 24 horas).

Actividad. Grado de actividad física.

1. **En cama.** Confinado a la cama
2. **En silla.** Capacidad para caminar severamente limitada o inexistente. No puede soportar su propio peso o debe ser asistido en la silla común o silla de ruedas.
3. **Camina ocasionalmente.** Camina ocasionalmente durante el día pero muy cortas distancias con o sin asistencia. Pasa la mayor parte del turno (8 horas) en la silla o en la cama.
4. **Camina con frecuencia.** Camina fuera del cuarto por lo menos dos veces en el día y dentro de él por lo menos una vez cada dos horas.

Movilidad. Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.

1. **Completamente inmóvil.** No realiza ni ligeros cambios en la posición del cuerpo o las extremidades sin asistencia.
2. **Muy limitada.** Realiza cambios mínimos y ocasionales de la posición del cuerpo o las extremidades, pero es incapaz de realizar en forma independiente, cambios frecuentes o significativos.
3. **Ligeramente limitada.** Realiza frecuentes aunque ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades en forma independiente.
4. **Sin limitaciones.** Realiza cambios mayores y frecuentes en la posición sin asistencia.

Nutrición. Patrón usual de consumo alimentario.

1. **Muy pobre.** Nunca come una comida completa. Rara vez come más de un tercio de cualquier comida ofrecida. Come dos porciones o menos de proteínas (carne o lácteos) por día. Toma poco líquido. No toma un suplemento alimenticio líquido o está sin vía oral o con dieta líquida clara o intravenosa por más de cinco días.
2. **Probablemente inadecuada.** Rara vez come una comida completa y generalmente come solo la mitad de cualquier comida ofrecida. La ingesta de proteínas incluye solamente tres porciones de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento alimenticio o recibe menos de la cantidad óptima de dieta líquida o alimentación por sonda.
3. **Adecuada.** Come más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come el total de cuatro porciones de proteína por día. Ocasionalmente rechaza una comida pero usualmente toma un suplemento alimenticio si se la ofrece o está siendo alimentado por sonda o nutrición parenteral.
4. **Excelente.** Come la mayoría de todas las comidas, nunca rechaza una comida, usualmente come un total de cuatro o más porciones de carne y productos lácteos, ocasionalmente come entre comidas. No requiere suplemento alimenticio.

Fricción y deslizamiento

1. **Es un problema.** Requiere asistencia de moderada a máxima al movilizarlo. Levantarlo completamente sin deslizarlo sobre las sábanas es imposible. Frecuentemente se desliza en la cama o en la silla y requiere constantes cambios de posición con un máximo de asistencia. La espasticidad y contracturas llevan a fricción casi constante.
2. **Es un problema potencial.** Se mueve torpemente o requiere mínima asistencia. Durante un movimiento, la piel probablemente se desliza en algún grado contra las sábanas, la silla o los objetos de restricción. Mantiene relativamente buena posición en la silla o en la cama la mayoría del tiempo, pero ocasionalmente se desliza hacia abajo.
3. **Sin problema aparente.** Se mueve en la cama o en la silla y tiene suficiente fuerza muscular para sostenerse completamente durante el movimiento. Mantiene buena posición en la cama o en la silla en todo momento.

Fuente III: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.

ANEXO 7

POSICIÓN DE FOWLER

Posición anatómica adecuada para pacientes con problemas respiratorios (asma, EPOC, etc.) o cardíacos, ya que permite la expansión máxima del tórax y un mejor aporte de aire a los pulmones.

También está indicada en pacientes con hernia de hiato, en cambios posturales, para dar de comer al paciente que no puede hacerlo por sí mismo y para la alimentación nasogástrica; en exploraciones de cabeza, cuello, ojos, oídos, nariz, garganta y pecho, para favorecer el drenaje después de operaciones abdominales y para la administración de oxígeno terapia.

Para asumir la posición Fowler, el paciente se encuentra semisentado, con el cabecero de la cama elevado 45° y las rodillas semiflexionadas. Dicha colocación puede ser variada para ajustarse a otros propósitos, diferenciándose una posición Semi-Fowler (la elevación del cabecero es de 30°) y una variante Fowler-Alta (la elevación del cabecero es de 90°).

Es necesario colocar una almohada en la espalda apoyando la zona lumbar, otra en la cabeza y hombros, y otras más pequeñas bajo los muslos y tobillos (24).



Posición Fowler o Semisentado