

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
	Sí	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.

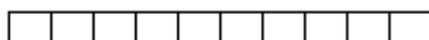
RESULTADOS		
Valor de intensidad sensorial	0/7	
Valor de intensidad afectiva	0/6	
Valor de intensidad evaluativa	0/1	
Valor de intensidad total	0/14	
Valor de intensidad actual	0/5	
Escala Visual Analógica	0/10	

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 desplaza 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	Cae 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

BIBLIOGRAFÍA

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 Ederly 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: Mezcua 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>