



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

SINDROME DE GUILLAIN BARRE EN ADULTO JOVER PERSPECTIVA  
CLINICA EPIDEMIOLOGICA Y CUIDADOS DE ENFERMERIA

ARIAS ESPINOZA GABRIELA ALEJANDRA  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

CHAPA TINOCO CRISTHIAN EDUARDO  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

MACHALA  
2020



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

SINDROME DE GUILLAIN BARRE EN ADULTO JOVER  
PERSPECTIVA CLINICA EPIDEMIOLOGICA Y CUIDADOS DE  
ENFERMERIA

ARIAS ESPINOZA GABRIELA ALEJANDRA  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

CHAPA TINOCO CRISTHIAN EDUARDO  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

MACHALA  
2020



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN  
ANÁLISIS DE CASOS

SINDROME DE GUILLAIN BARRE EN ADULTO JOVER PERSPECTIVA CLINICA  
EPIDEMIOLOGICA Y CUIDADOS DE ENFERMERIA

ARIAS ESPINOZA GABRIELA ALEJANDRA  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

CHAPA TINOCO CRISTHIAN EDUARDO  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

FALCONI PELAEZ SANDRA VERONICA

MACHALA, 05 DE NOVIEMBRE DE 2020

MACHALA  
2020

# trabajo de titulación Gabriela Arias y Cristhian Chapa

---

## INFORME DE ORIGINALIDAD

---

**7** %

INDICE DE SIMILITUD

**6** %

FUENTES DE  
INTERNET

**1** %

PUBLICACIONES

**3** %

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

---

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

---

1%

★ Submitted to Universidad Peruana Los Andes

Trabajo del estudiante

---

---

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

## CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Los que suscriben, ARIAS ESPINOZA GABRIELA ALEJANDRA y CHAPA TINOCO CRISTHIAN EDUARDO, en calidad de autores del siguiente trabajo escrito titulado SINDROME DE GUILLAIN BARRE EN ADULTO JOVER PERSPECTIVA CLINICA EPIDEMIOLOGICA Y CUIDADOS DE ENFERMERIA, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

Los autores declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Los autores como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 05 de noviembre de 2020



ARIAS ESPINOZA GABRIELA ALEJANDRA  
0704713296



CHAPA TINOCO CRISTHIAN EDUARDO  
0704831759

## **AGRADECIMIENTO:**

El presente trabajo investigativo lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados. A nuestros padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos. Ha sido el orgullo y el privilegio de ser sus hijos (as), son los mejores padres.

A nuestros hermanas (os) por estar siempre presentes, acompañándonos y por el apoyo moral, que nos brindaron a lo largo de esta etapa de nuestras vidas.

A todas las personas que nos han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

## RESUMEN

El síndrome de Guillain-Barré, es una patología atípica en todo el mundo, es una polirradiculoneuropatía inflamatoria autoinmune que puede ser desencadenada por varios factores; principalmente infecciones víricas o bacterianas, y la ausencia de inmunizaciones. La sintomatología es similar a la gripe común, ya que se presenta como un cuadro febril y expectoraciones. La incidencia a nivel mundial es de 1-3 casos de cada 100000 habitantes, según la Organización Panamericana De La Salud se estima que los casos aumenten entre 1.1 y 1.8 casos por cada 100000 habitantes por año. Se establece que es producida por un proceso autoinmune que es letal, con una tasa de mortalidad entre 3 a 7%, esto se enfoca más por la pérdida muscular y dificultad respiratoria.

El objetivo de este análisis de caso es aplicar el proceso de atención de enfermería, basado en la teoría de autocuidado de Dorothea Orem en un paciente adolescente, con paraplejia a causa del síndrome de Guillain-Barre. El autocuidado debe ser aprendido y aplicado conscientemente, y el autocuidado debe realizarse de manera continua en el tiempo, siempre correspondiendo a las necesidades regulatorias del individuo en su etapa de crecimiento y desarrollo, estado de salud, características de salud o etapa específica de desarrollo, factores ambientales y nivel de consumo de energía.

La enfermería es una necesidad básica que se centra en las enfermedades de las personas, o que no pueden ser satisfechas por sí mismas, porque carecen de los conocimientos, habilidades o motivación necesaria. El proceso metodológico de investigación, es de tipo cualitativa basada en: Métodos, técnicas clínicas, deductivas y basadas en casos, revisión científica documentada y observación de la historia clínica. El presente caso se enmarca en un paciente de 16 años de edad, al cual le diagnosticaron el síndrome de Guillain Barre en el año del 2017, cuando tenía tan solo 13 años de edad, al comienzo de su enfermedad lo diagnosticaron con esclerosis múltiple en el Hospital Básico Santa Teresita, tres meses después se lo diagnostica con Síndrome de Guillain Barre en el Hospital General Teófilo Dávila.

Entre los resultados encontrados, están que el paciente estuvo hospitalizado en el área de pediatría, con la sintomatología característica de este síndrome que son: la fuerza muscular de

miembros inferiores disminuida, elasticidad respiratoria disminuida, vejiga neurogénica; consigue una evolución leve favorable durante su estadía en la casa de salud. Se realizaron las siguientes intervenciones: vigilancia de factores hemodinámicos, cuidados de sonda vesical y/o ejercicios vesicales, terapias respiratorias y oxigenoterapia, administración de medicamentos; conllevándolo a la finalización de su tratamiento y su respectiva alta médica

Como conclusión de proyecto investigativo, es fundamental concientizar al paciente y/o familiares sobre la enfermedad y sus repercusiones, para llevar un tratamiento físico y farmacológico adecuado y principalmente el autocuidado. Por eso este tipo de caso requiere de atención de enfermería, ya que esta patología repercute con la movilidad independiente del usuario, también para la prevención de escaras y sus consecuencias, en base al estado de salud de manera efectiva en el tratamiento y/o rehabilitación para favorecer de manera oportuna cualquier otra complicación.

**Palabras claves:** síndrome de Guillain-Barre - sistema nervioso - proceso de atención de enfermería - paraplejia - factores de riesgo.

## ABSTRACT

Guillain-Barré syndrome, is an atypical pathology throughout the world, it is an autoimmune inflammatory polyradiculoneuropathy that can be triggered by several factors; mainly viral or bacterial infections, and the absence of immunizations. The symptomatology is similar to the common flu, since it presents as a feverish picture and expectorations. The worldwide incidence is 1-3 cases out of every 100,000 inhabitants, according to the Pan American Health Organization, it is estimated that cases increase between 1.1 and 1.8 cases per 100,000 inhabitants per year. It is established that it is produced by an autoimmune process that is lethal, with a mortality rate between 3 to 7%, this is more focused on muscle loss and respiratory distress.

The objective of this case analysis is to apply the nursing care process, based on the self-care theory of Dorothea Orem, in an adolescent patient with paraplegia due to Guillain-Barre syndrome. Self-care must be learned and applied consciously, and self-care must be carried out continuously over time, always corresponding to the regulatory needs of the individual in their growth and development stage, state of health, health characteristics or specific stage of development, environmental factors and level of energy consumption.

Nursing is a basic need that focuses on people's diseases, or that cannot be satisfied by themselves, because they lack the necessary knowledge, skills or motivation. The methodological research process is qualitative based on: Methods, clinical, deductive and case-based techniques, documented scientific review and observation of the clinical history. The present case is framed in a 16-year-old patient, who was diagnosed with Guillain Barre syndrome in 2017, when he was only 13 years old, at the beginning of his disease he was diagnosed with multiple sclerosis in the Santa Teresita Basic Hospital, three months later he was diagnosed with Guillain Barre Syndrome at the Teófilo Dávila General Hospital.

Among the results found, the patient was hospitalized in the pediatric area, with the characteristic symptoms of this syndrome which are: decreased lower limb muscle strength, decreased respiratory elasticity, neurogenic bladder; he achieves a mild favorable evolution during his stay in the health home. The following interventions were carried out: monitoring

of hemodynamic factors, urinary catheter care and / or bladder exercises, respiratory therapies and oxygen therapy, administration of medications; leading to the completion of their treatment and their respective medical discharge

As a conclusion of the research project, it is essential to make the patient and / or relatives aware of the disease and its repercussions, in order to carry out adequate physical and pharmacological treatment and mainly self-care. That is why this type of case requires nursing care, since this pathology affects the independent mobility of the user, also for the prevention of bedsores and their consequences, based on the state of health in an effective way in the treatment and / or rehabilitation to facilitate any other complications in a timely manner.

**Key words:** Guillain-Barre syndrome - nervous system - nursing care process - paraplegia - risk factors

# INDICE

Contenido

INTRODUCCION.. 1

CAPITULO I. 3

1.1 GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO.. 3

1.2 HECHO DE INTERÉS. 4

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.. 6

CAPITULO II. 7

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO–EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO.. 7

2.1 DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO DE REFERENCIA 7

2.2 BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN.. 7

2.3 MANIFESTACIONES CLINCIAS. 9

2.4 FACTORES DE RIESGO.. 11

2.5 DIAGNOSTICO.. 11

2.6. DIAGNOSTICO DEL PACIENTE.. 12

2.7 COMPLICACIONES. 13

2.8 TRATAMIENTO.. 14

2.9 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE 14

2.10 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON SINDROME DE GUILLAIN BARRE BASADO EN EL MODELO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM 15

2.11 APLICACIÓN DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.. 18

CAPÍTULO III. 28

3 PROCESO METODOLÓGICO.. 28

3.1 DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA.. 28

3.2 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN	30
3.3 SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	31
CAPÍTULO IV: RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN..	36
4.1 DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.	36
4.2 ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS.	36
4.3 CONCLUSIONES.	38
4.4 RECOMENDACIONES.	39
BIBLIOGRAFIA:	40

# INTRODUCCION

El síndrome de Guillain Barre, es una patología infrecuente que afecta principalmente el sistema autoinmune del organismo y el sistema nervioso periférico, esta patología es producida por bacterias y virus. La sintomatología más común en pacientes con Síndrome Guillain Barre, es la debilidad y hormigueo de la parte distal del cuerpo como son los pies, en forma progresiva hasta las piernas, parte superior del cuerpo y lo más frecuente es que produzca parálisis general (1). Sin embargo, existe una sintomatología atípica en este tipo de síndrome que son la diplejía facial, plexopatía lumbar, debilidad faríngea cervico branquial y parálisis periférica bilateral (2). La afección de esta patología es un cuadro clínico progresivo, de uno a treinta días la contracción de los esfínteres se conserva, solo en un 15 % de los casos presentan disfunción.

Un 25% de los casos afecta o compromete a los pares craneales, siendo así la afectación de paresia facial bilateral, y se puede presentar una debilidad de los músculos de la masticación, fonación y deglución (3). Su distribución es mundial, con tasas bajas de incidencia, ya que se registra de 1 a 3 casos cada 100000 personas, afecta a todas las edades, los hallazgos hasta la actualidad se notifica que esta patología no es hereditaria. El Síndrome De Guillain Barre en cuanto a las manifestaciones clínicas, más del 50% de los habitantes afectados, sus síntomas se desarrollan en un periodo de dos semanas, y el 90% en cuatro semanas y esta fase se la conoce como fase de progresión (3).

En el Ecuador según datos del Ministerio de Salud Pública, los casos de síndrome de Guillain-Barre incremento en el año 2013-2014, siendo afectados de 185 a 197 personas, mientras que en el año 2015 hubo una reducción del 30% de los casos. A pesar de considerarse como una patología atípica, se lo caracteriza como mortal, incluso en el ambiente más favorable de 3 a 5 pacientes fallecen debido a las complicaciones, como la parálisis de los músculos respiratorios. En el 60% de las personas que padecen este síndrome, tiene un antecedente personal de infección, los patógenos identificados en el impulso de este síndrome están: *Campylobacter Jejuni*, *Citomegalovirus*, virus de Epstein-Barr y *Mycoplasma Pneumoniae*, entre otros como el virus de la influenza tipo A, dengue y actualmente se han reportado casos asociados con Chikunguña Y Zika (4).

La importancia del papel de enfermería es reconocer los cambios en las necesidades de cada etapa de la enfermedad, y ser conscientes de la variabilidad del síndrome. El papel central de enfermería, en la atención a pacientes con síndrome de Guillain-Barre, es identificar problemas

potenciales y reales; dando así las intervenciones idóneas para lograr los objetivos establecidos, evitando así los riesgos comunes de esta patología, como por ejemplo la re-hospitalización por las complicaciones. El método de la investigación utilizado es analítico, ya que nos ayudara a conocer a profundidad nuestro objetivo de estudio, el cual consentirá describir y analizar cada uno de las problemáticas de estudio.

Los instrumentos a utilizar para la recolección de datos, se basan en documentos legales, como la historia clínica del paciente y consentimiento informado; mediante una solicitud, dirigida al Hospital General Teófilo Dávila, y al decanato de la Facultad De Ciencias Químicas Y de la Salud, Carrera de Enfermería. Para la valoración de enfermería se empleó del modelo de Dorothea Orem, el cual se basa en el autocuidado, y así contribuir con la evolución del paciente. Para eso se utiliza el proceso de atención de enfermería (PAE) que tiene como herramientas el NANDA, NIC, NOC.

# CAPITULO I

## 1.1 GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

La problemática encontrada en el estudio de caso, es el síndrome de Guillain-Barre, la cual se define como una patología polirradiculoneuropatía aguda, que en la actualidad esta manifestada como paraplejia, en un paciente de sexo masculino de 16 años de edad, el cual fue atendido en el Hospital General Teófilo Dávila. El síndrome de Guillain-Barre, se define como la presencia parálisis parcial o total del cuerpo, acompañada de trastornos sensoriales y disociación albumino-citológica en el líquido cefalorraquídeo (L.C.R.) (5). Esta enfermedad se muestra que afecta en un porcentaje mayor a los hombres con un 57%, registrado a nivel mundial (6). Paciente adolescente que es diagnosticado en el hospital Teófilo Dávila, en el año 2017 con síndrome de Guillain-Barre, se le realizan varios exámenes de diagnóstico, como la resonancia magnética, con reporte de leve edema del tejido celular subcutáneo lumbar, concluyendo en diagnóstico Guillain-Barre.

El presente caso clínico se basa en el análisis, de un paciente de dieciséis años de edad diagnosticado con Síndrome de Guillain Barre, su sintomatología se manifestó con un dolor a nivel cervical, que se irradiaba hacia la periferia. Según referencias bibliográficas, las edades de los pacientes con probable Síndrome de Guillain Barre, se da mayormente en pacientes mayores a seis meses, hasta los veinte años de edad, con un 54% siendo la edad media, tomando en cuenta que por debajo de los seis meses la frecuencia que padecen la patología es muy pequeña (7). La incidencia de este síndrome, ha sido estimada en países como Estados Unidos y en el continente Europeo, se estimó que anualmente fue de 1.65 a 1.79 por 100.000 habitantes (8). En Centroamérica y Sudamérica un 30% a 47% de los casos, presenta complicaciones, según datos bibliográficos, en esta parte del mundo la evolución de la enfermedad, es de rápida progresión y mayor gravedad de los síntomas (9).

Más del 40% de los que padecen esta enfermedad, requieren rehabilitación, por la discapacidad muy frecuente que genera este síndrome. Los niños tiene un mejor pronóstico que los adultos, ya que, la mayoría de los afectados evolucionan con el tiempo hacia la mejoría-curación, sin necesidad de recurrir en mayor cantidad a la medicación; los niños, su recuperación se basa en medicina física y rehabilitación (10). El presente caso se enfoca en un paciente de bajos recursos económicos, los mismos que son necesarios para la rehabilitación eficaz del mismo. Es muy importante conocer y redactar la sintomatología de este síndrome, ya que, se presentan

con manifestaciones clínicas similares a la de la gripe común, infección vírica o, aparece tras inmunizaciones, lo que sugiere a una reacción autoinmune, para así realizar estrategias que ayuden a manejar el estado físico y primordialmente el estado psicológico de los que padecen esta enfermedad.

El día 27 de noviembre del 2017, paciente de sexo masculino de 13 años de edad acude al Hospital Básico Santa Teresita, acompañado de familiar, el cual refiere que hace más o menos 12 horas, presenta dolor a nivel dorsal, más debilidad de miembros inferiores, que aparece de manera súbita, luego de haber realizado actividades cotidianas, donde es valorado y referido al Hospital General Teófilo Dávila de la ciudad de Machala, donde al momento del ingreso presenta parestesia de miembros inferiores y abdomen, motivo por el cual se decide su ingreso al área de observación: pediatría. El día 30 de noviembre del 2017, paciente es referido al Hospital Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, donde le hacen las pruebas respectivas para un diagnóstico diferencial, en el cual se afirma que padece el síndrome de Guillain-Barre.

27/12/2017 Paciente es traído en ambulancia desde el Hospital Corral Moscoso hemodinámicamente estable, con leve ganancia de esfuerzo muscular y movilidad, con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barre, acude al área de pediatría para continuar terapia física y realizar exámenes complementarios, tratamiento prescrito: complejo B 5cc Q.D., vitamina C 500mg por 9 días, valoración pendiente por neurología.

## **1.2 HECHO DE INTERÉS**

Se realiza el estudio de caso de paciente de sexo masculino de 16 años de edad, el cual a la edad de 13 años es diagnosticado con el síndrome de Guillain-Barre. Nos enfocamos en este paciente por la evolución de los síntomas de esta patología, siendo de una manera súbita, dejándolo parapléjico, y cambiando el estilo de vida de una forma abrupta e inesperada. El paciente comenzó con su enfermedad de manera brusca, con sintomatología de gripe común (expectoración leve, astenia, irritación orofaríngea, y un leve dolor a nivel cervical), es trasladado al Hospital Básico Santa Teresita, dándole la respectiva valoración y por consecuente referido al Hospital General Teófilo Dávila de la ciudad de Machala, donde es ingresado al área de observación: pediatría.

En el establecimiento de salud fue intervenido de parte del personal salud, donde el paciente presenta pérdida de la sensibilidad de extremidades inferiores, al examen físico presenta:

amígdalas hipertrofias, eritematosas y con exudado. Después de ser valorado por neurología, refiere estado neurológico con mayor progresión de síntomas, fuerza muscular disminuida a nivel de eje axial y miembros pélvicos, 1/5 miembros inferiores reflejo de retirada, compromiso esfinteriano vesical y anal. Bajo decisión y petición de los padres es trasladado al Hospital Vicente Corral Moscoso, para la valoración por neurología, quien indica una fuerza muscular de miembros inferiores de 0/5, y superiores distal de 3/5; arreflexia aquilea. Se obtiene respuesta de electromiografía, con diagnóstico polirradiculoneuropatía aguda axonal motora, que corresponde al diagnóstico de síndrome de Guillain-Barre.

Paciente hemodinámicamente estable, al momento con necesidad de terapia física y respiratoria estricta, por lo que se decide el alta médica. El primer nivel de atención, que corresponde al centro de salud de “Las Cañas”, brinda terapias físicas y educación a los cuidadores y/o padres, con respecto al tratamiento terapéutico para el paciente progresando levemente en la movilidad de miembros inferiores, dentro de estos 3 años, no siendo una recuperación total, por lo que debe continuar en silla de ruedas, pero hay una correcta adherencia al tratamiento y aceptación por parte del paciente y familiares.

El adolescente a pesar de sufrir un cambio tan repentino, en su estado físico y psicológico, se muestra optimista e intenta sobrellevar su enfermedad, durante estos tres últimos años de su vida. Su primer factor protector; esta la familia, ya que, es muy trabajadora y preocupada por la recuperación, que crearon herramientas caseras donde pueda realizar sus terapias físicas, desde la comodidad de su hogar. Su vida cambio al estar sentado en una silla de ruedas pero su evolución ha sido satisfactoria, recuperando la movilidad en sus extremidades inferiores levemente. Él cuenta afortunadamente con casa propia pero por la infraestructura de la misma, nos damos cuenta que son de escasos recursos, pero con el esfuerzo de los padres tanto como la de él mismo progresa satisfactoriamente.

En los factores de riesgo tenemos: riesgo socioeconómico, teniendo en cuenta que los exámenes de rutina para esta enfermedad son de precios elevados; el factor social, es muy desfavorable para el adolescente, debido a un cambio radical en su estilo de vida, y no puede interactuar con las personas de su misma edad (11). Según revisiones bibliográficas el síndrome de Guillain-Barre, constituye la primera causa de parálisis flácida aguda en los hospitales de segundo y tercer nivel de atención, se estima que 1-3 de 100000 personas se ven afectadas con este síndrome. Sin embargo se reportan brotes con un patrón de tipo estacional, en épocas de verano y lluviosas (12).

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1 Objetivo general**

Analizar desde el punto de vista clínico la presentación del síndrome de Guillain- Barre en un adolescente para la propuesta de cuidados de enfermería.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Describir clínicamente la presentación de Guillain - Barre en el adolescente.
- Desarrollar una propuesta de proceso de atención de enfermería para el cuidado del paciente con síndrome de Guillain - Barre.

## **CAPITULO II**

### **2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO – EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO**

#### **2.1 DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO DE REFERENCIA**

##### **2.1.1 historia natural de la enfermedad**

El síndrome de Guillain-Barre afecta fuertemente al factor autoinmune, sin embargo, permanece desconocido el mecanismo que lo desencadena, ya sea por infección microbiana o cualquier otro factor biológico, y esto resulta en una respuesta inmune idiosincrática (13). El síndrome de Landry Guillain-Barre Strohl, denominado simplemente como síndrome de Guillain-Barre, se lo utiliza comúnmente para describir las enfermedades autoinmunes, que se expresan por una afección radiculoneuropática, la cual se desencadena por una infección viral o bacteriana, la cual provoca debilidad muscular, rápida y progresiva de comienzo distal y avance proximal, y en la mayoría de los casos llegar a afectar la musculatura respiratoria (14).

El paciente adolescente de sexo masculino de 13 años, diagnosticado con síndrome de Guillain-Barre, con estado físico deteriorado por paraplejía, con una evolución repentina, diagnosticado en el Hospital General Teófilo Dávila, mediante exámenes diferenciales realizados, como lo son: la proteína en el líquido cefalorraquídeo, que era de 46.3mg/dl y la glucosa de 52.4 mg/dl, en el establecimiento de salud donde estuvo internado le realizaron los cuidados respectivos, la asistencia para movilizarse, la principal sintomatología era paraplejía y los secundarios que eran retención de líquidos, por el deterioro del funcionamiento del cuerpo debido a este síndrome.

## **2.2 BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.2.1 Definición síndrome de Guillain-Barre**

El síndrome de Guillain-Barre, es una patología neurológica atípica (15). Esta patología se presenta comúnmente como una parálisis motora ascendente, con arreflexia y disociación albumino citológica en el líquido cefalorraquídeo. La forma habitual del Síndrome Guillain-Barre, es la polirradiculoneuropatía desmielizante aguda, esta se presenta con sintomatologías similares a la gripe común (16).

### **2.2.2 Antecedentes históricos**

En la historia de la enfermedad Jean Baptiste Octave en el año 1859, fue el primero en el mundo en describir diez usuarios con debilidad distal ascendente, después que estos mismos pacientes hubieran presentado sintomatología de una gripe común, como: malestar, astenia y fiebre; quienes progresaron a parálisis después una evolución de tres semanas, y finalmente la muerte por falla respiratoria. En 1965 Georges Guillain, Jean Alexandre Barre Y Andre Strohl, reportaron en los batallones militares franceses dos casos con debilidades motoras, irreflexiva y disociación albumino citológica en líquido cefalorraquídeo. Progresivamente Haymaker Y Kemohan en 1949, realizaron por primera vez una investigación del síndrome, y descubrieron que la afección primaria estaba en las raíces motoras y sensitivas, donde se articulan para formar el nervio espinal (17).

### **2.2.3 Etiología**

La etiopatogenia del síndrome de Guillain-Barre permanece indefinida, frecuentemente esta precedido por una infección, ya sea de carácter respiratorio o intestinal. Por otro lado, algunos factores han sido relacionadas erróneamente en los usuarios que padecen este síndrome; entre ellos están: adultos mayores, inicio abrupto de la enfermedad, necesidad de ventilación mecánica asistida e historia de enfermedad diarreica previa (5). La evidencia bibliográfica sugiere que la sintomatología es consecuencia de una reacción inmunológica, que puede llegar a causar degeneración axonal, lesionando los pares craneales y nervios periféricos, disfunción y desmielinización segmentaria, que se caracteriza por la pérdida de la vaina de la mielina de los nervios. Los pacientes que padecen este síndrome con frecuencia desarrollan debilidad del nervio craneal, generalmente en forma de debilidad facial o faríngea. La continuación de la sintomatología se sigue a la parálisis flácida, que comúnmente es de naturaleza ascendente y evoluciona durante horas, días o hasta algunas semanas (18).

#### **2.2.4 Cuadro clínico**

Se trata de una polirradiculoneuropatía aguda desmielinizante inflamatoria, con mayor frecuencia monofásica, de evolución predecible y definida, con afectación de pares craneales, parálisis facial bilateral, dificultad para la deglución, masticación, fonación, antecedida en dos tercios de los casos como infección gastrointestinal o respiratoria (19). La manifestación sintomatológica inicia en la sensación de adormecimiento, leve punzaciones en los dedos de las extremidades superiores e inferiores, en ocasiones dolor en región lumbar, deterioro muscular que desencadena la falla respiratoria comprometiendo la salud de usuario y con la necesidad de la ventilación mecánica (20). La enfermedad evoluciona en 3 fases que son las siguientes:

1. Fase de progresión: en esta etapa se compromete entre el inicio de las manifestaciones clínicas, dura desde las primeras horas hasta regularmente la cuarta semana de la evolución, con un promedio, ocho días
2. Fase de estabilización: la etapa comienza desde el final de la progresión y el principio de la recuperación es de 10 días
3. Fase de recuperación/ regresión: en esta etapa está comprendida entre el inicio de la recuperación, de aquí en adelante, aparecen los efectos neurológicos que persisten, son consideradas como secuelas de la patología.

Su diagnóstico clínico se lo realiza tomando muestra si existe una elevación de las proteínas en el líquido cefalorraquídeo, para su tratamiento se utiliza la inmunoglobulina intravenosa y el uso de plasmaferesis.

### **2.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

Las manifestaciones clínicas de este síndrome como sabemos es una neuropatía paralizante aguda, el riesgo se incrementa con la edad del usuario de esta enfermedad. Lo más común es la debilidad de los músculos de las extremidades ya sea inferiores y/o superiores, frecuentemente con afecciones del sensorio y los nervios craneales. Cuando los pacientes que presentan una parálisis rápidamente progresiva debe realizarse el diagnóstico de Guillain-Barre (21). El antecedente de esta patología, está presente en un porcentaje de los usuarios del

síndrome de Guillain-Barre siendo, siendo los síntomas más frecuentes los gastrointestinales o los respiratorios (22).

Tenemos que tomar en cuenta que esta patología puede afectar a la musculatura bulbar con alteración en los músculos de deglución o de respiración (23) Las manifestaciones clínicas del paciente, en la raíz de su enfermedad manifiesta que inicio con un dolor y rigidez a nivel de la columna, expectoración leve, como una gripe común, después de pasar las horas a pierde movilidad de miembros inferiores, refiere el mismo “mi cuerpo no me respondía”, esto es muy usual en el síndrome de Guillain-Barre, por lo que es una enfermedad que en este caso se desarrolló de manera rápida.

En el Hospital General Teófilo Dávila de la ciudad de Machala, se le da un diagnóstico erróneo, siendo en la ciudad de Cuenca en el Hospital Corral Moscoso es donde le diagnostican el síndrome de Guillain-Barre, por los diagnósticos diferenciales que son: exámenes complementarios del líquido cefalorraquídeo. Es traído nuevamente al hospital de Machala, en el cual le brindaron todos los cuidados, tanto físicos como psicológicos; aun así la enfermedad progreso rápidamente en su organismo, que desde el momento que tuvo su primer síntoma, hasta la actualidad permanece en una silla de ruedas por presentar paraplejia.

En el presente año es internado nuevamente, con diagnóstico de vejiga neurogénica, siendo esto una de las complicaciones más comunes del síndrome de Guillain-Barre, a largo plazo es el deterioro de los músculos o alteraciones del sistema nervioso, en este caso por la falta de control de la vejiga, debido a la alteración del sistema nervioso, donde se intervino colocándole sonda vesical, que tiene hasta la actualidad. Acompañado de esta patología y el síndrome, el paciente se le impide llevar a cabo una vida cotidiana normal, por lo cual el personal de enfermería interviene cada cierto tiempo para el cambio de sonda vesical, fomentación del autocuidado en la familia y cuidadores, así como también la educación de la misma, para la pronta recuperación del paciente.

La educación es un aspecto básico del tratamiento, y existe como elemento básico de la atención integral al paciente con disfunción muscular en miembros inferiores. El propósito principal es brindar información y conocimiento sobre el síndrome de Guillain Barre, capacitación y entrenamiento para adquirir habilidades y hábitos, tratando de que los pacientes realmente comprendan sus problemas, para que puedan cambiar sus estilos de vida, protegiendo su salud. Debe ser gradual, continuo y adaptarse a la situación clínica del paciente.

El objetivo es lograr la participación activa de los pacientes y sus familias para una buena adherencia al tratamiento.

## 2.4 FACTORES DE RIESGO

El síndrome de Guillain-Barre se conoce como proceso post infeccioso, que actúa el sistema inmune e induce una respuesta inmunológica en contra del nervio periférico por un mecanismo de mimetismo molecular. También está asociado con antecedentes neuronales como son microcefalia al nacer, además, esta patología representa una emergencia clínica dentro de las unidades de salud, el 75% de los casos presenta un cuadro de diarrea o infecciones respiratorias (24). También representa un lapso de incapacidad para caminar en la mayoría de los casos en los primeros 6 meses de la patología (25).

## 2.5 DIAGNOSTICO

2.5.1 CLINICO: para el diagnóstico de esta patología se sustenta en la debilidad muscular, conocida anteriormente como la parálisis de Landry. Esta comienza con la debilidad muscular en las extremidades inferiores, afectando progresivamente al tronco y continuando con las extremidades superiores, y por ultimo afectando a la musculatura bulbar. Las manifestaciones más frecuentes son: parestesia, diplopía, cefalea, trastorno para la deglución o parálisis facial periférica.

**Examen físico del sistema nervioso:** déficit motor característico de esta patología, que se manifiesta como disminución en la fuerza para la contracción muscular, hasta una parálisis parcial o total de los músculos (7).

2.5.2 LCR BASICO: se diagnostica a través de un método turbidimétrico; se obtienen las concentraciones de proteínas totales y el conteo celular de proteínas en el líquido cefalorraquídeo (7).

2.5.3 NEUROINMUNOLOGICO: se emplea la cuantificación de albumina y las clases mayores de inmunoglobulinas en suero y LCR. Se emplea en cuenta los valores de Q albumina, ya que se necesita que este valor (Q ALBUMINA) sea mayor tomando en referencia los valores normales dependiendo de la edad del paciente (26).

## **2.6. DIAGNOSTICO DEL PACIENTE**

### **2.6.1 EXAMEN SOMÁTICO GENERAL**

La exploración física del paciente nos ayuda a obtener información sobre su estado de salud. En el examen físico realizada al paciente encontramos mediante a la historia clínica del paciente con:

Apariencia general: buena

Facies: algicas

Estado nutricional: bueno

Deambulación: negativa

Actividad psicomotriz: conservada en miembros superiores, limitada en miembros inferiores

### **2.6.2 EXAMEN FÍSICO REGIONAL**

Cabeza: normocefálica

Oído: microtia aguda en el pabellón auricular derecho

Nariz: fosas nasales permeables

Boca: mucosa semihumedas

Oro faríngeo: hiperemica, amígdalas hipertróficas con criptas y exudado

Cuello: móvil, simétrico sin presencia de adenopatias

Tórax: simétrico con respiraciones rítmicas espontáneas

Abdomen: blando depresible

Extremidades superiores: simétricas con movilidad en su totalidad

Extremidades inferiores: simétricos con inmovilidad en su totalidad debido a enfermedad neuronal.

Neurológico: en miembros inferiores presenta sensibilidad superficial abolida y profunda disminuida, ROT putelar y aguiliano abolido en lado derecho y disminuido en lado izquierdo, movimiento de flexión al estímulo doloroso en la planta del pie.

La historia clínica médica del paciente, utilizada dentro de un establecimiento de salud, cumple un papel fundamental en la atención médica y es de vital importancia en la interrelación, entre los diferentes niveles de atención. Los problemas que se susciten en su elaboración pueden ser atribuidos al desconocimiento de su redacción, puede tener varios beneficios o perjuicios causados por un contenido incompleto al recolectar información por parte del paciente. Es muy importante por el valor médico que adquiere al realizar un diagnóstico preciso, como herramienta del método clínico y como documento médico legal. La historia clínica médica es la que refleja de manera fiable y veraz las características clínicas del paciente en su totalidad y su evolución periódica. Los profesionales de salud, en especial los médicos deben reflejar todo el pensamiento crítico durante el tratamiento del paciente, con el objetivo de lograr mayor calidad en la misma.

## **2.7 COMPLICACIONES**

El síndrome de Guillain-Barre es una enfermedad progresiva, existen grandes complicaciones en adultos como la insuficiencia respiratoria, se produce en 25% de los pacientes y las complicaciones como son la neumonías, sepsis, embolia pulmonar y hemorragia gastrointestinal, estas complicaciones se manifiestan en 60% de los pacientes intubados (11). Nuestro paciente tuvo complicación a nivel de movilidad, insuficiencia respiratoria y vejiga neurogenica, en el tratamiento se incluía terapias físicas y respiratorias estrictas, y a nivel de sistema renal se realiza la colocación de sonda vesical hasta la actualidad, por la pérdida de la contracción del esfínter manifestándose con globo vesical.

## **2.8 TRATAMIENTO**

El método de tratamiento según las bibliografías coincide que debe ser proporcionado, dentro de las primeras 2 semanas en la que se obtiene el resultado, estas se fundamentan en la administración de inmunoglobulina en dosis altas o la administración de plasmaferesis (27). Para realizar el tratamiento con plasmaferesis o inmunoglobulina, se debe tener un amplio

conocimiento tanto de las patologías como los efectos secundario o complicaciones que se pueden presentar al administrar la plasmaferesis (28).

2.8.1 Inmunoglobulina : la medicación es basada en la administración de IG (anticuerpos) por vía intravenosa en la cual actúan como neutralizador de toxinas que afectan a las células sanas (29).

2.8.2 plasmaferesis : método de tratamiento para el síndrome de Guillain-Barre, se trata de centrifugar la sangre de forma manual, separando los diferentes componentes sanguíneos, posteriormente se los implanta en el plasma del donante y se los vuelve administrar por vía intravenosa (28).

Diferentes estudios y revisiones bibliográficas en todo el mundo, han demostrado la efectividad de ambos métodos de tratamiento, pero como se sabe cada uno tiene sus pro y sus contras, ya que estas infusiones son de elevados costos, tomando de referencia en Estados Unidos la plasmaferesis está a 6.204 USD, por lo tanto la IGIV está a 10.165 USD. Sin embargo el estudio de Dutcg reporta mayores complicaciones en el tratamiento de la plasmaferesis ya que esta provoca neumonías, atelectasias y alteraciones hemodinámicas (28).

## **2.9 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE**

Teniendo en cuenta los parámetros establecidos para el personal de enfermería, sabemos que, brindar cuidados al paciente es velar por su salud, seguridad y recuperación del mismo, teniendo en cuenta las actividades físicas y psicológicas para la restauración, que junto al tratamiento psicomotriz y farmacológico sustentada por el personal médico, en la mayoría de los casos se logra la recuperación satisfactoria del paciente; y en otro casos como en el de nuestro paciente, hay una mejoría parcial, pero no la esperada. A pesar de ser tres años con la patología, debido a sus bajos recursos el tratamiento no dio los resultados esperados, pero se ha logrado recuperar la movilidad parcial de sus extremidades inferiores en un porcentaje muy bajo, no puede caminar aun, pero con el cuidado físico y psicológico del personal de enfermería y cuidadores, se logra un avance lento para la recuperación total del paciente. En la valoración del paciente para la atención de enfermería, se identifican los siguientes diagnósticos tomando en cuenta las herramientas teóricas que son NANDA, NIC Y NOC.

## **2.10 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON SINDROME DE GUILLAIN BARRE BASADO EN EL MODELO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM**

El proceso de atención de enfermería permite brindar al paciente los cuidados basados a sus necesidades; es un método más documentado a nivel mundial con lo cual se estructura la práctica del cuidado directo con el paciente sustentado con evidencias científicas, con la finalidad de que estos procesos sean una resolución a los problemas y ayude a la reducción de la toma de decisiones. Este proceso se basa en 5 etapas que son: valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación (30). El paciente a sus 13 años de edad refirieron los familiares que despertó con dolor a nivel lumbar, que en horas de la tarde el paciente ya no podía caminar, así que lo trasladaron al Hospital Básico Santa Teresita, donde lo refirieron a Machala al Hospital General Teófilo Dávila, fue diagnosticado de esclerosis múltiple. Alrededor de la segunda semana es referido a la ciudad de Cuenca donde le realizaron los exámenes diferenciales y es ahí donde lo diagnostican con síndrome de Guillain-Barre.

### **VALORACIÓN:**

Es la recolección de datos reales del paciente, a través de una forma sistemática prioritaria que refleja la evolución de la enfermedad desde sus inicios hasta la actualidad. El paciente en la actualidad es atendido por el personal de salud del Teófilo Dávila y personal del centro de salud las cañas Santa Rosa. Haciendo hincapié en la labor de enfermería y tratando de solventar las necesidades del paciente por su falta de movilidad, se realizan visitas domiciliarias, siendo en las mismas donde se recolecta de datos y se observa la evolución lenta del paciente.

### **DIAGNOSTICO:**

El diagnóstico por parte del personal de enfermería, es relacionado al riesgo o los riesgos principales a los que el paciente puede estar expuesto, tratando de disminuir las complicaciones, basándonos en el aspecto biopsicosocial del paciente dando soluciones mediante intervenciones de enfermería, mediante el uso de herramientas como son el NANDA, NIC, NOC.

Entre los diagnósticos que se encontraron en el paciente son los siguientes:

- Deterioro de la movilidad física R/C deterioro neuromuscular M/P limitación de la capacidad para habilidades motoras finas, limitación de la capacidad para habilidades motoras gruesas
- Déficit del autocuidado R/C deterioro de la movilidad M/P incapacidad de independencia para llegar al wc u orinal.
- Deterioro de la movilidad física R/C inmovilidad en miembros inferiores M/P paraplejia y dependencia para moverse (silla de ruedas)
- Deterioro de la eliminación urinaria R/C deterioro sensitivo motor M/P incapacidad para moverse voluntariamente
- Riesgo de caídas R/C disminución de la fuerza muscular de las extremidades, deterioro de la movilidad física

#### PLANIFICACION:

El personal de enfermería ha desarrollado planes de trabajo para ayudar a los pacientes a lograr la mejor función de las áreas afectadas, que se prueban en la evaluación. En este caso, el paciente debe someterse a una evaluación cuidadosa y concisa, siendo antes planificado para la correcta toma de diferentes medidas. Por tanto, para la salud del paciente, se planifica una estrategia de fisioterapia para una pronta recuperación de la sensibilidad de los miembros inferiores, con la ayuda de los procesos de atención de enfermería, ayudando a fomentar una educación al paciente y a los cuidadores y/o familiares, sobre los factores de riesgo que pueden afectar en la salud física y psicológica del paciente, con ello el equipo de enfermería lograr ver que se cumplan los objetivos establecidos para la recuperación del paciente.

#### INTERVENCIÓN:

Desde el inicio de la enfermedad se ha brindado atención directa e indirecta a los pacientes, con la ayuda del manual de intervención de la NIC, se ha priorizado las diferentes necesidades de los pacientes, que propone operaciones a realizar en los pacientes, tales como: los pacientes deben evitar las úlceras por presión, siendo una complicación de esta enfermedad. Esta patología requiere el cuidado y la atención de los cuidadores por la gravedad del síndrome, y la manera en la que afecta al sistema neuromuscular lo que puede ocurrir complicaciones tales como; respiratorias, o en la deglución.

## EVALUACIÓN:

El personal sanitario mediante estrategias rutinarias, planifica intervenciones a realizar para mejorar la salud y el bienestar del paciente, evaluando las necesidades, las intervenciones que se ha brindado y la evolución que ha tenido desde el comienzo de su enfermedad hasta la actualidad, que en el caso expuesto ha sido una evolución lenta. El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto es un sistema de acción (31). Dorothea Orem se refiere al concepto en la totalidad del individuo, no solo en las necesidades en el aspecto físico, sino también en el estado psicológico y espiritual.

## 2.11 APLICACIÓN DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA				
Código: 0004 ACTIVIDAD / REPOSO				
0001 REPOSO / SUEÑO				
NANDA				
DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA				
Limitación del movimiento independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades				
Código de la movilidad física R/C deterioro neuromuscular M/P limitación de la capacidad para habilidades motoras gruesas				
NIC		NOC		
	INTERVENCIONES NIC		INDICADORES NOC	VALORACIONES
	<b>AMBULACION</b> 2103-Animar al paciente a sentarse en la cama. 2104-Proporcionar un dispositivo de ayuda para la ambulación. 2105-Ayudar a la paciente a ponerse en forma cómoda.		<b>DETERIORO DE LA MOVILIDAD</b> 2-mantenimiento de la integridad corporal 5-realizacion del traslado 6-deambulacion camina	2 2 1

		7-deambualcion en silla de	4
<b>PREVENCIÓN DE CAIDAS</b> 9017- Disponer barandillas y apoyas para mayor seguridad 9029- Disponer una iluminación adecuada para el paciente 9042- Instruir al paciente para que reciba ayuda al momento de moverse		<b>MÓVILIZACIÓN DEL LADO</b> 1 traslado de la cama a la	4
		2 traslado de la silla a la	4
		3 traslado de la silla a silla	4
		4 traslado desde la silla de al vehículo	2

<b>PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA</b>
Código: 0004 ACTIVIDAD / REPOSO 0001 REPOSO / SUEÑO

**NANDA**

- déficit de autocuidado

pro de la capacidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de uso del  
o WC.

t del autocuidado R/C deterioro de la movilidad M/P incapacidad de independencia para llegar al  
rinal.

NIC		NOC		
	INTERVENCIONES NIC		INDICADORES NOC	PUNTAJE
	<b>DEFICIT AL AUTOCUIDADO</b>		<b>ACTIVIDADES PERSONALES: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA</b>	
	30004- Proporcionar ayuda para que el paciente sea totalmente capaz de asumir sus autocuidados		2- se viste	3
	30008-Enseñar a los padres/familiares a aumentar la independencia, para intervenir adecuadamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada		3-uso de inodoro	4
			4-se baña	3
			6- higiene	3
			9- deambulaci3n en silla de	4
			0- realizaci3n del traslado	4

<p>AL CUIDADOR PRINCIPAL</p> <p>enseñar al cuidador técnicas de manejo de trés</p> <p>enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para ostener la propia salud física y mental</p> <p>enseñar al cuidador estrategias para ceder y sacar el máximo provecho de los curso de cuidados sanitarios</p>			
---	--	--	--

<b>PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA</b>			
<p>io: 0004 ACTIVIDAD / REPOSO</p> <p>0001 REPOSO / SUEÑO</p>			
<b>NANDA</b>			
<p>-DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA</p> <p>ción del movimiento independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades</p>			
<p>oro de la movilidad física R/C inmovilidad en miembros inferiores M/P paraplejia y dependencia para zarse (silla de ruedas)</p>			
<b>NIC</b>		<b>NOC</b>	
<b>RVENCIONES NIC</b>		<b>TIVOS NOC</b>	<b>A</b>

	<p><b>PIA DE EJERCICIOS</b></p> <p>Instruir al paciente / cuidador acerca de las técnicas de traslado y deambulaci3n seguras.</p> <p>- Ayudar al paciente en el traslado cuando sea necesario.</p>		<p><b>ION MUSCULAR</b></p>	
	<p><b>PIA DE ACTIVIDAD</b></p> <p>Colaborar con terapeutas ocupacionales, f3sicos y/o recreacionales, en la planificaci3n y control de un programa de actividades.</p> <p>Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades f3sicas, psicol3gicas y sociales.</p> <p>Ayudará al paciente y/o a la familia, a adaptar el entorno para acomodarlo a las actividades deseadas.</p>		<p><b>OCIMIENTO: ACTIVIDAD ESCRITA</b></p>	
			2 tono muscular	1
			6 firmeza del movimiento	1
			1 fuerza de la contracci3n lar	1
			7 control del movimiento	1
0				
			1 descriptiva de la actividad ta	3
			4 descripci3n de las ciones de la actividad	3
			5 descripci3n de las ciones de la actividad	3
			6 descripci3n de los factores sminuyen la tolerancia a la ad	2
			descripci3n del rendimiento del ejercicio	3

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA**

Clasificación: 0003 ELIMINACIÓN

0001 SISTEMA URINARIO

**NANDA**

Alteración del mecanismo de la eliminación urinaria.

Alteración del mecanismo de la eliminación urinaria R/C deterioro sensitivo motor M/P incapacidad para movilizarse independientemente

**NIC**

**NOC**

	<b>INTERVENCIONES NIC</b>		<b>INDICADORES NOC</b>	<b>VALORACIONES</b>
	<p><b>EDUCACIÓN DEL PACIENTE VESICAL</b></p> <p>Explicar el procedimiento y el fundamento de la intervención.</p> <p>Mantener una técnica aséptica estricta.</p>		<p><b>CONCIENCIA MICCIONAL</b></p> <p>El paciente reconoce la importancia de la micción</p>	5

	<p>sertar el catéter urinario en la vejiga, si ocede.</p> <p>tilizar el catéter de tamaño más pequeño, si ocede.</p> <p>onectar el catéter urinario a la bolsa de drenaje pie de cama o a la bolsa de pierna.</p> <p>antener un sistema de drenaje urinario rrado.</p>	<p>2 patrón predecible so de orina</p>	<p>3</p>
		<p>7 ausencia de as de orina entre ones</p>	<p>2</p>
		<p>8 capaz de comenzar rumpir el chorro de</p>	<p>4</p>
	<p><b>ADOS DE LA INCONTINENCIA ARIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Identificar las causas de los múltiples factores que producen incontinencia (producción urinaria, esquema de eliminación, función cognoscitiva, problemas urinarios anteriores, residuo después de la eliminación y medicamentos)</li> <li>· Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.</li> <li>· Comentar los procedimientos y los resultados esperados con el paciente.</li> <li>· Enseñar al paciente / familia a registrar la producción y el esquema urinario, si procede.</li> <li>· Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga (colas, té y chocolate).</li> </ul>		

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA**

Código: 0011 SEGURIDAD / PROTECCIÓN  
PREVENCIÓN

Clase: 0001

**NANDA**

Riesgo de la susceptibilidad de caídas que pueden causar daño físico.

Factores de riesgo de caídas R/C disminución de la fuerza muscular de las extremidades, deterioro de la movilidad

**NIC**

**NOC**

**INTERVENCIONES NIC**

**INDICADORES NOC**

**A**

**PREVENCIÓN DE CAIDAS**

**INDICADOR DE SEGURIDAD:  
PREVENCIÓN DE CAIDAS**

Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas

1 Uso correcto de dispositivos de ayuda

5

Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso.

2 Provisión de ayuda personal

3

Disponer la superficie sobre la que se deambulará cerca del paciente, si es necesario.

3 Colocación de barreras para prevenir caídas

2

Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.

4 Uso de contenciones si es necesario

2

Instruir a la familia sobre la importancia de los pasamanos en escaleras, baños y pasillos.

0 Compensación de las limitaciones físicas

2

		ROL DE RIESGO	
		1 reconocer el riesgo	4
		1 participa en la identificación sistemática de los riesgos identificados	4
<p><b>VIGILANCIA: SEGURIDAD</b></p> <p>Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad.</p> <p>Determinar el grado de vigilancia requerido por el paciente en función del nivel de funcionamiento y de los peligros presentes en el ambiente.</p> <p>Proporcionar el nivel adecuado de supervisión / vigilancia para vigilar al paciente y permitir las acciones terapéuticas, si es necesario.</p> <p>Comunicar la información acerca del riesgo del paciente a los otros miembros del personal de cuidados.</p>		<p><b>NIVEL DE SEGURIDAD : PUNTAJES</b></p>	
		3 Número de caídas sentado	3
		4 Número de caídas de la cama	3
		5 Número de caídas durante el turno	3



# CAPÍTULO III

## 3 PROCESO METODOLÓGICO

### 3.1 DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA

#### 3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es una investigación de tipo cualitativa, se buscó el análisis de las diferentes características de un caso en particular para intervenir a profundidad el objeto de estudio. La investigación cualitativa examina la realidad en el entorno natural, cómo ocurre y explica el fenómeno o evento en base al personal relevante. En este caso, se utilizan diversas herramientas para recopilar información, como entrevistas, imágenes, observaciones, que describen los hábitos y condiciones del problema, y el sentido de la vida del paciente en este caso.

#### 3.1.2 Población de estudio

Caso clínico de síndrome de Guillain-Barre de un paciente adolescente de sexo masculino de 16 años.

#### 3.1.3 Área de Estudio

Este análisis de caso se llevó a cabo en el hogar de paciente perteneciente al centro de salud Las Cañas en el barrio Nuevo Santa Rosa del cantón Santa Rosa donde le realizan las visitas domiciliarias; y también en el Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala, provincia de El Oro entre Boyacá y Buena Vista donde fue diagnosticado con el síndrome de Guillain-Barre

#### 3.1.4 TIPO DE ESTUDIO

Este tipo de investigación se basa en la realidad, porque se basa en explicar, comprender y preguntar al personal relevante de este caso clínico. El estudio de caso utilizó herramientas como la recopilación de datos, la revisión bibliográfica y los documentos legales (como el historial médico del paciente).

#### 3.1.5 MÉTODO DE ESTUDIO

3.1.5.1 Método clínico: se realizó el estudio de caso a un solo paciente en particular

3.1.5.2 Método analítico: Es un método mediante el cual se clasifica los diferentes elementos de la unidad de análisis

3.1.5.3 Método sintético: utiliza el razonamiento lógico para indagar sucesos, valiéndose de diferentes componentes en la unidad del análisis

3.1.5.4 Método deductivo: mediante el cual se utiliza una evidencia real para la fundamentación de los resultados del caso

### **3.1.6 TÉCNICAS A UTILIZAR**

Se utilizan técnicas de revisión bibliográfica mediante revistas científicas con aprobación a nivel nacional e internacional como son: Scopus, Scielo, Redalyc, Dialnet, etc. Otra recolección de información documental como son la historia clínica del paciente y por último la recolección de información sobre lo referido del paciente en la evolución de su patología.

### **3.1.7 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN**

Se utiliza una variedad de herramientas para la recolección de información como son experiencias del paciente, entrevistas, observaciones e historial clínico

### **3.1.8 CATEGORÍAS**

1. Datos de investigación
2. Anamnesis
3. Constantes vitales
4. Manifestaciones clínicas (signos y síntomas)
5. Antecedentes personales
6. Antecedentes familiares
7. Evolución
8. Tratamiento
9. Pronóstico
10. Planes de cuidados de enfermería

## 3.2 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN

### 3.2.1 ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

La investigación desarrollada cumple con los fundamentos específicos:

**Confidencialidad:** se protegen los datos personales del paciente ya que la información en este aspecto se detalla solo los datos más importantes para investigación.

**Autonomía:** la información es aplicada desde la historia clínica correspondiente al paciente.

**Beneficencia:** se realiza la elaboración y aplicación del plan de cuidados de enfermería, con la cual ayuda al cuidado del paciente y su evolución positiva durante el transcurso de su patología.

**No maleficencia:** la obtención de la información adquirida no afecto en ningún aspecto, moral, personal ni ético al paciente

### 3.2.2 PETICIÓN DE ACCESO PARA EL MANEJO DE HISTORIA CLÍNICA

Para el acceso a la historia clínica del paciente con el tema planteado e realizo a través de un oficio que nos brindó la Coordinadora de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala al Decano del hospital general Teófilo Dávila del Cantón de Machala ya que nos permito consultar la historia clínica del problema. Con el único propósito de recopilar información sobre el diagnóstico, el progreso, las pruebas complementarias y el tratamiento del paciente.

### 3.2.3 UBICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Como respuesta al oficio enviado fue posible el acceso a la historia clínica del paciente

### 3.2.4 REVISIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Una vez adquirida la historia clínica del paciente, se procedió a recolectar información relevante de su enfermedad, la misma que nos permitió llevar a cabo y desarrollar el análisis de caso.

## **3.3 SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE INFORMACIÓN**

### **3.3.1 Anamnesis**

Motivo de consulta: dificultad respiratoria, pérdida de sensibilidad en miembros inferiores

### **3.3.2 Signos vitales**

PA 110/70

FC 86x'

FR 24x'

Temp: 36.7

SpO2 96%.

### **3.3.3 Antecedentes personales**

Amigdalitis a repetición

Microtia e hipoacusia izquierda

### **3.3.4 Antecedentes familiares**

Bisabuela materna: cáncer gástrico

Abuelo, paterno: ECV

Abuelos maternos: DM2 e HTA

### **3.3.5 Evolución**

Paciente de sexo masculino de 13 años de edad acompañado por familiar refiere que desde hace 12 horas aproximadamente presenta dorsalgia, además sensibilidad muscular de miembros inferiores que inicia de manera súbita, luego de haber realizado caminata de moderado esfuerzo muscular, acude al Hospital Santa Teresita donde lo valoran y le realizan referencia al Hospital

General Teófilo Dávila donde es valorado por presentar parestesia de miembros inferiores y abdomen motivo por el cual se decide su ingreso al área de observación : pediatría

Fc: 75 x<sup>1</sup> FR: 20 x<sup>1</sup> T °: 36.5 PESO: 75kg TALLA: 1.70m So<sup>2</sup>: 98%

27/11/2017

Paciente de sexo masculino de 13 años de edad acompañado por familiar se encuentra tranquilo y refiere no sentir miembros inferiores FC: 103 x<sup>1</sup> FR: 23 x<sup>1</sup> T°: 37.3 SO<sup>2</sup>: 98% T/A: 120/50. Al examen físico: amígdalas hipertróficas, eritematosas y con exudado, miembros inferiores tono muscular comprometido, y fuerza disminuida

Ø GB:11.78

Ø GR:5.46

Ø NEUTROFILOS:91.6

Ø MONOCITOS: 0.8

Ø HB:12.20

Ø HCT: 36.90

Ø LINFOCITOS: 7.3

Ø GLUCOSA: 12.5

Ø PCR: >6

28/11/2017

Paciente es valorado por neurología donde refiere estado neurológico con mayor progresión de síntomas y proceso respiratorio con tos abundante. Nivel sensitivo D8 – D9, fuerza muscular disminuido a nivel de eje axial y miembros pélvicos 1/5 miembros inferiores reflejo de retirada, compromiso esfinteriano vesical y anal.

Ø GB: 9.13

Ø GR: 5.05

Ø HB: 10.80

Ø HCT: 34.30

Ø NEUTROFILOS: 90.4

Ø LINFOSITOS: 9.4

Ø MONOSITOS: 0.2

Ø PCR: 12

Ø RX de abdomen: oclusión intestinal y en unión ileocecal por probable impactación fecal

Ø RX de tórax: normal

29/11/2017

Paciente en condiciones estables presenta tos persistentes durante la inspiración en RX se descarta lesiones desmielizantes. Se le realiza resonancia magnética con reporte de leve edema del tejido celular subcutánea lumbar concluyendo en diagnóstico de síndrome de Guillain-Barre vs mielitis transversa aguda

Ø RMN: leve edema en tejido celular subcutáneo lumbar

**Se lo transfiere al Hospital Corral Moscoso por voluntad de familiares**

30/11/2017-01/12/2017

Paciente que ingresa al servicio de pediatría transferido desde hospital de Machala, presencia de cuadro respiratorio más disminución en la sensibilidad de miembros inferiores. Ingreso estable con fuerza muscular 2/5 en ambos miembros y sensibilidad disminuida.

02/12/2017

Paciente valorado por neurología, quien indica una fuerza muscular de miembros inferiores de 0/5 y superiores distal de 3/5 y proximal de 5/5; sin signos meníngeos. Indica correlación clínica con pliradiculoneuropatía inflamatoria aguda.

06/12/2017

Ø NEU:66.30, LINF: 20.50, PLAQUETAS : 266000, HB: 12.1; HTO: 36.6, TP: 15.10;  
INR:1.4

Ø UREA:36.3;; CREATININA:0.64

Ø ALBUMINA: 3.2; GLOBULINA : 4.8; INDICE A/G 4.8; BILIRRUBINA  
TOTAL:0.6 DIRECTA 0.2 INDIRECTA 0.4

Ø PCR: 2.6

Ø Electromiografía: polirradiculoneuropatía motora de tipo axonal, de severa entidad  
con predominio en miembros inferiores, evolución aguda, sin denervación activa

07/12/2017

Valorado por neurología con resultados de electromiografía, quien describe polirradiculoneuropatía aguda axonal motora. Donde se da el último diagnóstico que es síndrome de Guillain-Barre.

13/12/2017

Valoración por oftalmología quienes describen agudeza visual de ojo derecho 20/20; ojo izquierdo 20/30; examen externo: ambos ojos: clara, cámara formada, cristalino claro, pupila reactiva, movimientos oculares conservados en todas las posiciones, al cierre palpebral no se observa parálisis aculomotora. Desde el día anterior se realiza ejercicios vesicales por pinzamientos de sonda; el presente día se retira sonda vesical; sin embargo, paciente realiza globo vesical por lo que es necesario nuevamente la recolocación de sonda

14/12/2017-15/12/2017

Paciente hemodinámicamente, al momento con necesidad de terapia física y respiratoria estricta, por lo que se decide alta médica por parte de esta casa de salud y contra referencia a Hospital Teófilo Dávila de la ciudad Machala.

26/12/2017

Paciente en interconsulta por motivo físico y de rehabilitación, paciente durante su hospitalización evoluciona y responde a tratamiento levemente en asusto a su sensibilidad muscular de extremidades inferiores. Por el cual se le da el alta médica con prescripciones médicas que sin terapias físicas de rehabilitación en casa.

### **3.3.6 Diagnóstico médico**

Síndrome de Guillain Barre + paraplejia flácida

### **3.3.7 Diagnóstico de enfermería**

El personal de enfermería diagnosticará los riesgos relacionados con los principales riesgos que enfrenta el paciente para reducir la posibilidad de accidentes y prevenir los riesgos relacionados con su salud, centrándose en la salud física y mental del paciente. La sociedad y la sociedad brindarán soluciones a través del uso de NANDA para las intervenciones de enfermería. Esta herramienta nos permitirá obtener buenos resultados para la salud de los pacientes. Se utilizan tres tipos de diagnóstico de enfermería:

- Deterioro de la movilidad física R/C deterioro neuromuscular M/P limitación de la capacidad para habilidades motoras finas, limitación de la capacidad para habilidades motoras gruesas
- Déficit del autocuidado R/C deterioro de la movilidad M/P incapacidad de independencia para llegar al wc u orinal.
- Deterioro de la movilidad física R/C inmovilidad en miembros inferiores M/P paraplejia y dependencia para moverse (silla de ruedas)
- Deterioro de la eliminación urinaria R/C deterioro sensitivo motor M/P incapacidad para moverse voluntariamente
- Riesgo de caídas R/C disminución de la fuerza muscular de las extremidades, deterioro de la movilidad física

# **CAPÍTULO IV: RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN**

## **4.1 DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS**

Paciente de 16 años , de sexo masculino, procedente de la ciudad de Santa Rosa, residente en el barrio las brisas, acude al centro de salud de atención primaria “Las Cañas” el mismo que le realiza visitas domiciliarias rutinariamente a causa de su discapacidad física y dificultad de movilización desde el año 2017, desde que le diagnosticaron síndrome de Guillain-Barre

Antecedentes patológicos personales: amigdalitis + microtia e hipoacusia izquierda

Antecedentes patológicos familiares: DMT2+ HTA+ ECV+ Cáncer gástrico

Posterior a la valoración realizada del paciente y tras ser diagnosticado con Síndrome Guillain-Barre se explica al paciente la necesidad de un tratamiento continuo y muy estricto a causa de su enfermedad, se educa a familiares y cuidadores las técnicas que deben de utilizar para una mejoría del paciente; se explica los factores de riesgo que se presentarían en un adolescente y las complicaciones que pueden tener esta enfermedad. El paciente refiere que con los procedimientos de parte del personal de enfermería y con la ayuda del proceso de atención de enfermería ha mejorado levemente en el estado tanto físico como psicológico, pero; siente ansiedad después de realizar lo que son la fisioterapia porque el refiere “ya quiero tener una vida normal” por lo que ha perdido la mayoría de sensibilidad, pero durante este tiempo ha resultado eficaz para la salud del paciente, ya que puede mover levemente sus extremidades inferiores aunque no ha dejado la silla de ruedas pero tanto el personal de salud, familiares y el mismo paciente ha notado cambios notorios, y eso aumenta a nivel emocional del paciente y aumenta el ánimo para seguir con las terapias.

## **4.2 ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS**

Según la organización mundial de la salud pública (OMS) en el año del 2016 que los síntomas iniciales de este síndrome consisten en la sensación de “adormecimiento” en las extremidades superiores e inferiores y en ocasiones dolor lumbar. Este deterioro muscular es a veces progresiva y puede afectar de manera brusca en las piernas y músculos respiratorios, de la deglución, fonación y masticación (26). Según revistas bibliográficas esta patología esta uniformemente esparcida, pero tiene más incidencia en hombres independientemente del grupo étnico, socioeconómico y el ambiente o climático que se encuentren los usuarios de esta

enfermedad. La mortalidad del síndrome de Guillain-Barre oscila del 5 al 20 % de los casos ya que presentan complicaciones que son más habituales de lo que parece y estas pueden ser: el síndrome de distrés respiratorio agudo, vejiga neurogenica, embolismo pulmonar, sepsis o por causas cardiovasculares (5).

La publicación de la revista de Salud Uniorte elaborado por la Universidad del Norte en Colombia en el año del 2016 con sus autores Elizabeth Villareal Cantillo y Maryangela Castro Ravelo, establecieron que la parálisis, característica del síndrome de Guillain-Barre , suele aparecer aproximadamente en 1 a 10 días después de una infección vírica o bacteriana no especificada y la sintomatología que se presenta comúnmente la preceden son: hipertermia, expectoraciones , dolor de garganta, secreción nasal, como presentar una gripe común que esta desencadenaría la sintomatología común del síndrome de Guillain-Barre (3).

La evaluación de enfermería utilizada en este trabajo de investigación es el modelo Dorothea Orem, que establece a la enfermería como una ciencia diseñada para ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades básicas cuando no pueden desempeñarse de forma independiente por enfermedad o por falta de conocimientos, habilidades o motivación necesaria. La participación del personal de enfermería en el programa de aprendizaje permite que las personas piensen científicamente sobre los temas de enfermería. El fenómeno del autocuidado es fundamental para lograr una mayor satisfacción con el estilo de vida, y para observar y evaluar continuamente la calidad de los servicios de enfermería. A través de la educación del personal de enfermería a los pacientes se realiza el establecimiento del autocuidado para establecer cuándo mejorar o mantener la condición de salud. Por lo tanto, se debe obtener conocimiento sobre la experiencia personal diaria, normas culturales y conductas de aprendizaje, y de esta manera, se puede establecer el nivel de compromiso con el personal de salud es de mantener su salud y bienestar (31).

### **4.3 CONCLUSIONES**

En la descripción de patología de Guillain Barré, se considera una enfermedad que afecta gravemente al sistema nervioso periférico, afecta a las personas independientemente del género, etnia o edad, ocasionan daño a los nervios de miembros superiores e inferiores, que causa inflamación y detiene las funciones normales del usuario de esta enfermedad, causando síntomas como hormigueo y debilidad muscular. Parálisis progresiva e inducida, también afecta el sistema respiratorio o Tracto gastrointestinal, en el transcurso de la aparición de esta patología.

El proceso de enfermería juega un papel importante en el cuidado directo e indirecto, por lo que el personal de enfermería debe tomar acciones para educar al paciente y a los familiares o cuidadores sobre la base del autocuidado. También es importantes su estilo de vida, brindar servicios de calidad y entusiasmo, observar sus necesidades prioritarias e intervenir de manera humana. Sin esperar nada a cambio ya que nuestra mayor recompensa será la recuperación tanto física, psicológicas, sociales y espirituales.

## 4.4 RECOMENDACIONES

Se recomienda a todos los familiares con pacientes con síndrome de guillain barre para que dispongan de una evaluación oportuna por profesionales de la salud para el desarrollo de un plan de rehabilitación idónea. Proyectar con la familia y/o cuidadores actividades que sean fáciles de corregir y de realizarse, para que haya un mejor progreso del paciente y mejorar la salud del mismo.

Hay que recalcar que los pacientes con esta patología son conscientes de lo que pasa en su alrededor, y en la mayoría de los casos se encuentran paralizados de forma aguda, situación que los hace entrar en estado de depresión y ansiedad que deben ser detectados a tiempo. El soporte emocional que se brinda al paciente y su familia forma parte de las intervenciones del área de enfermería. Inicialmente hay que hacer de su conocimiento las características y complicaciones de la enfermedad, por consiguiente tomar las medidas necesarias que puedan favorecer al estado físico y psicosocial del paciente.

Mantener una correcta asepsia y manejo de la sonda vesical realizando pinzamientos periódicos hasta en un máximo de 4 horas para mantener su correcto funcionamiento.

Elaboración de planes de cuidados con respecto a este tipo de casos tomando en consideración las herramientas de NANDA, NOC, NIC

## BIBLIOGRAFIA:

1. Puga Torres, Armando Patron B perez. Síndrome de guillain barré. 2015;32(2):137–42.
2. Lupiáñez P, Santamaría A, Gómez M. Parálisis facial bilateral . Presentación atípica de un Síndrome de Guillain-Barré. 2018;
3. Cantillo V, Ravelo C, Sierra D, Cristina M. Síndrome de Guillain-Barré : Aprendiendo a vivir con una discapacidad residual. 2016;
4. Enrique L, Amaya-sánchez LE, Tafoya-arellano G, Aguilar-castillo S, Martínez-marino M. Síndrome de Guillain-Barré en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. 2017;55.
5. Daniel de la O-Peña, Martin Robles, Chavez-Peña MB-B. Características del síndrome de Guillain-Barré en adultos: resultados de un hospital universitario. 2015; Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457744940003.pdf>
6. Berrones-Sanz LD. Síndrome de Guillain-Barré , brote epidémico en el Perú en junio de 2019. 2019;
7. González-losada C, Victoria-garcía M, Dorta-contreras AJ. Método de aglutinación en látex para el diagnóstico rápido del síndrome de Guillain-Barré. 2018;
8. Cesar V.-Munayco, Mirtha Soto-Cabezas, Mary Reyes, Johans Arica-Gutierrez ON-S. Epidemiología del síndrome de Guillain-Barre en el Perú. 2019;36(1):10–6.
9. Chambergomichilot D, Brañez-condorena A, Alva-díaz C. Brotes de Síndrome de Guillain-Barré en Perú en 2018-2019 : aprendizaje , esfuerzos y perspectivas de investigación. 2019;82.

10. Naomi de la Caridad Bonilla-Pedroso, Alejandro Terry-Zamora J del CM-T. Tratamiento fisiátrico en síndrome de Guillain - Barré postinfeccioso por virus. 2018;10(3):1–5.
11. Rebolledo-Garcia, Gonzales-Vargas S-C. Síndrome de Guillain-Barré : viejos y nuevos conceptos. 2018;34(1):72–81.
12. Lurima Rivero AJ. CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. 2019;35(1):25–30.
13. Deybis Sánchez-Miranda, Carlos Busquet-García OQV y RD-F. Síndrome de guillain-barré: patogenia, diagnóstico y cuidados críticos en pediatría. 2015;73(2):95–105.
14. Díaz-Jaime FC. Síndrome de Guillain Barré. 2015;2:17–23.
15. Benigno Ballón-Manrique NC-R. Características clínicas y paraclínicas del Síndrome de Guillain-Barré en el Hospital Regional Lambayeque. 2017;
16. J.M. A rangonés, J. Altimiras, F. Alonso, G. Celedón, S. Alfonso, P. Roura AM. Incidencia y características clínicas del síndrome de Guillain-Barré en la comarca de Osona. Neurología [Internet]. 2018; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.03.021>
17. Juliana Vargas CN. Displejia Facial-Una variante del síndrome de Guillain Barre. 2015; Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91044134012>
18. Carol Maggi OV. Presentación atípica del síndrome de Guillain-Barré. 2019;3(2):58–61.
19. Serrallonga DN del S. Comportamiento clínico - terapéutico del síndrome Guillain - Barré en niños. 2016;
20. L, Jimena Alvarado LVB. Estudio electrodiagnóstico en síndrome de Guillain Barré en adultos. 2016;54(2):123–32.
21. Milla AR, Vásquez JF, López DC. Síndrome de Guillain Barré secundario a infección por Chikungunya : reporte de un caso. 2016;(20):53–4.

22. Tagle-lostaunau I, Cam-paucar JL, Aquino-pe F, Vargas-bellina V, Guillen-tello G, Campuzano-lezama V, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del paciente con síndrome de Guillain-Barré. 2019;2(1):36–48.
23. Ureña Horno L, Jandraque R, Gómez F. Protocolo de manejo de síndrome de Guillain Barré. 2018; Available from: <https://serviciopediatria.com/wp-content/uploads/2020/02/Protocolo-SÍNDROME-GUILLAIN-BARRÉ.-SP-HGUA-2018.pdf>
24. Pacheco-coral P, Pacheco-coral P. Zika , Guillain-Barré y anestesiología : un punto de intersección entre la salud pública y la práctica clínica. 2017;
25. Manrique GG, Bahamon GG, Motta AG, Ramirez CF. Síndrome Guillain-Barré : Una mirada actual. 2016;8(2):38–45.
26. Cajina JC, Gonzalvez G. SINDROME DE GUILLAIN BARRE- OPS-OMG. 2016;
27. Urbano Solis C, Amador Garcia DM, Crespo Somoza I, Perez Castillo E. Síndrome de Guillain Barré como forma de debut en el lupus eritematoso sistémico. 2015;220–3.
28. Rodríguez JH, Mutis J. Minimización de costos : inmunoglobulina IV vs . plasmaféresis en síndrome de Guillain Barré syndrome. 2016;32(3):184–9.
29. Espinosa-rosales FJ, Bergés-garcía A, Alejandra I, Dávila-gutiérrez G, Faugier-fuentes E, García-campos JA, et al. Consenso Mexicano para la prescripción de inmunoglobulina G como tratamiento de reemplazo e inmunomodulación. 2018;39(2):134–71.
30. Jara-sanabria F, Lizano-pérez A, Enfermería E De, Costa U De, San R, Rica C, et al. Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes , un estudio desde la experiencia vivida. 2016;13(4):208–15.
31. Naranjo Hernandez Y, Concepción Pacheco JA, Rodriguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. 2017;19(3).