

# UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

## ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



*Una Institución Adventista*

**Proceso del cuidado enfermero en paciente con síndrome de Guillain-Barré del servicio de neurodegenerativas de un instituto especializado de Lima, 2021**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional de  
Enfermería: Neurología y Neurocirugía

**Por:**

Sumiko Jessenia Gutiérrez Calderón

**Asesor:**

Dra. Mónica Elisa Meneses La Riva

Lima, enero de 2022

## DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, Dra. Mónica Elisa Meneses La Riva, escrita a la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: “Proceso del cuidado enfermero en paciente con síndrome de Guillain-Barré del servicio de neurodegenerativas de un instituto especializado de Lima, 2021” constituye la memoria que presenta la licenciada SUMIKO JESSENIA GUTIÉRREZ CALDERÓN, para aspirar al título de Segunda Especialidad de Enfermería: Neurología y Neurocirugía, ha sido realizado en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de investigación son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución. Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los 19 días del mes de enero de 2022.

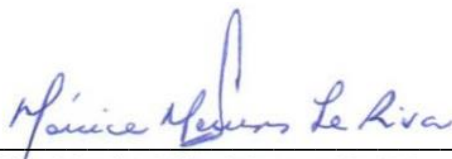


Dra. Mónica Elisa Meneses La Riva

**Proceso del cuidado enfermero en paciente con síndrome de  
Guillain-Barré del servicio de neurodegenerativas de un  
instituto especializado de Lima, 2021**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad  
Profesional de Enfermería: Neurología y Neurocirugía

A handwritten signature in blue ink, reading "Mónica Elisa Meneses La Riva", positioned above a horizontal line.

Dra. Mónica Elisa Meneses La Riva

Lima, 19 de enero de 2022

## **Proceso del cuidado enfermero en paciente con síndrome de Guillain-Barré del servicio de neurodegenerativas de un instituto especializado de Lima, 2021**

Lic. Sumiko Jessenia Gutiérrez Calderón, <sup>a</sup> Dra. Mónica Meneses La Riva <sup>b</sup>

<sup>a</sup>*Autora del trabajo académico, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú*

<sup>b</sup>*Asesora del trabajo académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, Perú*

### **Resumen**

El proceso del cuidado enfermero que se presenta en este trabajo tiene como objetivo identificar posibles necesidades alteradas como a corregir, mantener y rehabilitar al paciente por medio de la aplicación de conocimientos y procedimientos de enfermería. En este caso, es un paciente varón con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré, aunque es una enfermedad de baja incidencia, indica un gran impacto para quien lo padece; la persona nunca pierde el estado de alerta y es consciente de su deterioro siendo necesario una atención multidisciplinaria donde la enfermera realizará una enorme ocupación hacia la población y los miembros de su entorno. Para la recolección de los datos se utilizó el marco de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, con lo cual se identificaron cinco diagnósticos de enfermería, con énfasis en: deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la fortaleza muscular y asociado con deterioro neuromuscular manifestado por la imposibilidad de las actividades de la vida diaria; dolor intenso concurrente con lesión por agente biológico patentizando por manifestación fácil de dolor y referencia de dolor intenso calificado en intervalo 9 según EVA; deterioro de la eliminación urinaria asociado con deterioro sensitivo – motor evidenciado por retención urinaria y globo vesical. Por tanto, se propone un plan de cuidado de enfermería y se ejecutan las intervenciones y actividades respectivas. Como seguimiento de las participaciones burócratas, se obtuvo una puntuación de cambio + 1, +2 y + 2 y se enfatiza, conforme a la problemática identificada al paciente, el proceso de atención ante la enfermería en sus cinco etapas, lo que admite brindar una atención placentera al paciente.

**Palabras clave:** Paciente, adulto, Proceso de atención de enfermería, síndrome Guillain-Barré.

### **Abstract**

The nursing care process presented in this work aims to: Identify altered needs, correct, maintain and rehabilitate the patient through the application of nursing knowledge and procedures in order to restore their health status. In this case, a male patient with a diagnosis of Guillain-Barré syndrome, said disease of low incidence but indicates a great impact for those who suffer from it because the person never loses alertness and is aware of their deterioration, requiring multidisciplinary care where the nurse will do a great job with the person and family around them. For data collection, the Marjory Gordon functional pattern assessment framework was used, with which five nursing diagnoses were identified and the following diagnoses were prioritized: impairment of physical mobility related to decreased muscle strength and associated with neuromuscular impairment manifested by the impossibility of activities of daily living; acute pain related to injury by biological agent evidenced by easy expression of pain and severe pain reference rated at interval 9 according to VAS; impaired urinary elimination associated with sensory-motor impairment evidenced by urinary retention and bladder balloon. A nursing care plan is proposed and the respective interventions and activities are carried out. As a result of the administered interventions, a change score of + 1, +2 and + 2 was obtained. It is concluded that according to the problems identified in the patient, the nursing care process was managed in its five stages, which allowed provide quality patient care.

**Key words:** Patient, adult, Nursing care process, Guillain-Barré syndrome.

## Introducción

Según Kancino Morales (2018), referirse al síndrome de Guillain-Barré (SGB) significa mostrar un rango desigual de neuropatía periférica. Su hallazgo común es la polineuropatía de evolución rápida, pues la enfermedad progresa rápidamente y la mayoría de las veces comienza después de un proceso infeccioso. En algunos casos suele presentarse con parálisis motora simétrica con o sin pérdida de la sensibilidad, y a veces con cambios de clase autonómicos. Asimismo, el SGB es una de las causas más comunes de parálisis flácida, que afecta a cualquier edad, tanto a hombres como a mujeres. El número máximo de casos notificados es el de la tercera edad.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2016), el SGB aparece en un 60% en varones. Su origen exacto es desconocido, sin embargo, del 50 a 70% de los casos surgen dos semanas luego de resaltantes inquietudes respiratorias o gastrointestinales, provocando una respuesta autoinmune de los nervios periféricos y raíces espinales. No obstante, el SGB tiene un alto impacto en las hospitalizaciones prolongadas con cuidados intensivos, lo que genera un excesivo costo para el estado y el paciente, generando secuelas hasta en 20% y mortalidad entre 2%-10%. Cabe señalar que el 80% de pacientes se restablecen por completo o con pequeñas dificultades; mayormente del 10% a 15%% produce secuelas. Entre las causas de muerte se incluye: insuficiencia respiratoria aguda, neumonía nosocomial, aspiración, paro cardíaco inexplicable y/o embolia pulmonar.

En otro orden de cosas, se conoce que el SGB a menudo procede debido a una infección que activa el sistema inmunológico a través de un mecanismo de imitación molecular que provoca una respuesta inmunitaria anormal en los nervios periféricos, a pesar que se desconoce la etiología exacta de este síndrome.

Para complementar las manifestaciones clínicas de la presencia de debilidad motora progresiva y ataxia en múltiples extremidades de un paciente, diversas herramientas y criterios de diagnóstico brindan un apoyo adecuado para la identificación de la enfermedad. En este

contexto, el análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) es fundamental. La proteína es alta, el doble del límite superior de lo normal (50 mg / dL o más), el nivel de glucosa en sangre es normal (50-80 mg / 100 ml) y no hay leucocitosis (< 10 leucocitos/mm<sup>3</sup>), lo que constituye la denominada "disociación citológica de la albúmina". Algunas herramientas de diagnóstico son la electromiografía, la conducción nerviosa, la resonancia magnética (engrosamiento de las raíces nerviosas) y la biopsia muscular (García, 2018).

Según Rojas (2018), el tratamiento más importante es el apoyo durante el desarrollo de la enfermedad, donde los pacientes deben ser monitoreados en el hospital a la dimensión que evoluciona la enfermedad. Por lo tanto, se recomienda la monitorización en la unidad de cuidados intensivos (UCI) para todos los tratamientos en pacientes con debilidad severa, alteraciones metabólicas, problemas respiratorios y debilidad moderada continua; ya que pueden ocurrir mayores complicaciones médicas.

De otro lado, los principales tratamientos alternativos para el SBG consisten en la aplicación de plasmaféresis y las inmunoglobulinas intravenosas, que son las más comunes y asequibles en el Perú. La terapia de plasmaféresis implica la eliminación de anticuerpos circulantes y la integración y modificación de reacciones biológicas. Por lo general, se administran de a 6 tratamientos durante 8 a 10 días para mostrar a los pacientes la eficacia de este tratamiento, que interviene para mejorar la fuerza muscular, reducir la necesidad de ventilación mecánica y mejorar la capacidad de recuperación. Este es el tratamiento más eficaz para empezar, dentro de los 7 días posteriores al inicio de los síntomas (Suarez, 2016).

Asimismo, se debe enfatizar los parámetros establecidos para los profesionales de enfermería, así como la comodidad física y psicológica del personal responsable de la atención al paciente y la seguridad de su recuperación. Con la medicación de un profesional médico, en el mejor de los casos el paciente logra una recuperación satisfactoria y en otros la mejoría del paciente no es completamente satisfactoria. En efecto, enfermería tiene objetivos específicos

para optimizar la mejora del paciente con SGB, y se puede observar diversas actividades que tienen efectos duraderos en la salud.

### **Metodología**

El enfoque de la presente investigación fue cualitativo, el tipo fue un estudio de un solo caso y el método fue el proceso de cuidado en enfermería. El proceso enfermero (PE) no solo ayuda a los expertos de enfermería a implementar el plan de atención adecuado para los pacientes con SGB de manera oportuna y precisa, sino que también brinda estrategias para minimizar las secuelas. Esta condición induce a la recuperación rápida del paciente (Parra, 2017).

El sujeto de estudio fue un paciente de edad adulta de género masculino. La valoración se configuro por medio del instrumento *Marco de la tasación de los once patrones prácticos* de Marjory Gordon. Luego se formularon los resultados de enfermería. La organización se configuro en base a la taxonomía NOC-NIC, la ejecución se realizó en una sala de hospitalización del instituto especializado y la evaluación se realizó en los consultorios externos del instituto especializado.

### **Proceso de atención de enfermería**

#### ***Valoración***

##### **Datos generales.**

Nombre: I.A.C.F.

Sexo : Masculino

Edad : 31 años

Días de atención de enfermería: 3 turnos

Fecha de valoración : 04-03-2020



### **Valoración por patrones funcionales.**

#### ***Patrón IV: Autopercepción auto concepto-tolerancia al estrés.***

Presenta ansiedad e irritabilidad por el déficit motor (cuadriparesia), se tranquiliza por momentos al recordar que su enfermedad es irreversible.

#### ***Patrón N° V: Descanso sueño.***

No consume somníferos, presenta alteración del sueño (insomnio) debido al dolor de espalda por el déficit motor.

#### ***Patrón N° VI: Perceptivo cognitivo.***

Paciente despierto, lucido orientado en tiempo y espacio y persona, con una escala de Glasgow de 15/15. Pupilas isocóricas reactivas, ambos ojos con 2mm pupilar. Sin alteración en la audición y lenguaje, presenta cuadriparesia. Además presenta dolor con una escala de EVA: 9/10, RASS: +1 intranquilo.

#### ***Patrón N° VII: Actividad ejercicio.***

**Actividad respiratoria:** sonidos respiratorios normales, no presenta apoyo de oxígeno.

**Actividad circulatoria:** normal, FC:75x' PA: 120/80 mm Hg, con llenado capilar de +2.

Vía periférica permeable.

**Capacidad de autocuidado:** paciente no puede realizar actividades básicas diarias, con déficit motor y disminución de fuerzas en ambas extremidades.

#### ***Patrón N° IX: Eliminación.***

**Eliminación Intestinal:** presenta estreñimiento con 4 días sin deposición.

**Eliminación vesical:** con sonda Foley N°14, por presentar retención urinaria.

### ***Diagnósticos de enfermería priorizados***

#### **Primer diagnóstico.**

**Etiqueta diagnóstica:** Deterioro de la movilidad física.

**Características definitorias:** Disminución de las habilidades motoras finas y gruesas.

Disnea de esfuerzo, inestabilidad postural.

**Factores relacionados:** Disminución de la fortaleza muscular.

**Enunciado diagnóstico:** Deterioro de la movilidad física relacionado con la disminución de la fortaleza muscular y asociado con deterioro neuromuscular demostrado por el decrecimiento de las habilidades motoras finas y gruesas, disnea de esfuerzo.

**Segundo diagnóstico.**

**Etiqueta diagnóstica:** Dolor agudo

**Características definitorias:** Expresión facial de dolor, referencia de dolor intenso calificado en intervalo 9 según EVA.

**Factor relacionado:** Lesión por agentes biológicos.

**Enunciado diagnóstico:** Dolor agudo relacionado con lesión por agente biológico evidenciado por expresión facial de dolor y referencia de dolor intenso calificado en intervalo 9 según EVA.

**Tercer diagnóstico.**

**Etiqueta diagnóstica.** Deterioro de la eliminación urinaria

**Características definitorias:** Retención urinaria

**Condición asociada:** Deterioro sensitivo - motor

**Enunciado diagnóstico:** Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con deterioro sensitivo – motor evidenciado por retención urinaria

### ***Planificación***

**Primer diagnóstico.**

NANDA (00085) Deterioro de la movilidad física.

Característica definitoria relacionado con la disminución de la fortaleza muscular motoras y manifestado por la imposibilidad de las actividades de la vida diaria.

**Resultados esperados.**

**NOC (0212): movimiento coordinado.**

**Indicadores:**

021202, tono muscular.

021206, estabilidad del movimiento.

021212, movimiento con la precisión deseada.

### **Intervenciones de enfermería.**

#### ***NIC (0201), fomento del ejercicio: entrenamiento de fuerza.***

##### **Actividades:**

020101, examinar el estado general antes del ejercicio para identificar los posibles.

020103, ayudar a expresar las propias opiniones, valores y objetivos del paciente respecto al buen estado muscular y la salud.

020104, ayudar a fijar objetivos realistas a corto y largo plazo y a lograr el dominio del programa de ejercicios.

#### ***NIC (0224) terapia de ejercicios: movilidad articular.***

##### **Actividades:**

022401. Determinar las limitaciones el movimiento articular y su efecto sobre la función.

022402. Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento.

022403. Poner en ejecución la dimensión de vigilancia del dolor antes de empezar la actividad.

### **Segundo diagnóstico.**

NANDA (00132). Dolor agudo relacionado con lesión por agente biológico evidenciado por expresión facial de dolor y referencia de dolor intenso en intervalo 9 según EVA.

### **Resultados esperados,**

#### ***NOC [2102] Nivel del dolor.***

##### **Indicadores:**

210201, dolor referido.

210204, duración de los episodios de dolor.

210206, expresión fácil del dolor.

210223, irritabilidad.

**Intervenciones de enfermería.**

***NIC [2380] Manejo de la medicación.***

**Actividades:**

238001, determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo a la demanda del paciente.

238002, controlar la actividad de la modalidad de conducción de la medicación.

238003, observar los efectos terapéuticos de la medicación del paciente.

238004, determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación.

***NIC (6482) Manejo ambiental: el confort.***

**Actividades:**

648201, determinar los objetivos del paciente y de la familia para la determinación del entorno y verificar la óptima comodidad.

648202, determinar la fuente de incomodidad, como posición de la sonda, ropa de cama arrugada, y factores ambientales irritantes.

648203, colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando preámbulos de lineación somático, refuerzo de la almohadas).

**Tercer diagnóstico.**

NANDA (00016). Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con deterioro sensitivo-motor, evidenciado por retención urinaria.

**Resultados esperados.**

***NOC [0503] Eliminación urinaria.***

**Indicadores:**

050301, patrón de eliminación.

050303, cantidad de orina.

**Intervenciones de enfermería.*****NIC [0590] manejo de la eliminación urinaria.*****Actividades:**

059001, observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.

059002, identificar los factores que contribuyen a cierto episodio.

059003, enseñar al paciente a beber 250 ml de líquido con las comidas.

***NIC [0580] sondaje vesical.*****Actividades:**

058001, explicar el procedimiento y el fundamento del sondaje.

058002, explicar el procedimiento y el fundamento del sondaje.

058003, enseñar al paciente los cuidados apropiados de la sonda.

***Evaluación*****Primer diagnóstico.**

Puntuación basal: 2

Puntuación de cambio: + 1

**Segundo diagnóstico.**

Puntuación basal: 2

Puntuación de cambio: + 2

**Tercer diagnóstico.**

Puntuación basal: 2

Puntuación de cambio: + 2

**Resultados**

En el presente estudio, el resultado de enfermería diseñó el propósito de atenciones con cinco diagnósticos, los cuales fueron priorizados de acuerdo a las necesidades del paciente. En la etapa de evaluación se obtuvo la puntuación basal y puntuación de logro. Como resultado de

las intervenciones administradas en los cinco diagnósticos prioritarios, se obtuvo una puntuación de cambio +1, +2, +2, +2

## **Discusión**

### **Deterioro de la movilidad física**

El deterioro de la movilidad física es la limitación del movimiento independiente intencionado del cuerpo, de una o más extremidades (Herdman, 2019). Asimismo Burton & Ludwig (2015), afirman que la movilidad corporal requiere estabilidad esquelética, función articular y sincronización neuromuscular, así como una fuerza y energía adecuadas. Cualquier cosa que interrumpa esta integración puede provocar trastornos del movimiento o inmovilidad.

Según NANDA internacional (2018-2020), es la limitación de los movimientos autónomos deliberado del cuerpo o de una o más miembros. Giddens (2017) encontró que los procesos patológicos que afectan directamente la movilidad incluyen trastornos del sistema nervioso central y periférico, del sistema músculo esquelético y neuromuscular, que afectan negativamente a la mayoría de los sistemas corporales. En el caso del paciente de estudio, el deterioro de la movilidad proviene de la descenso del ánimo ya que el sistema inmunitario del cuerpo ataca a los nervios que hay fuera del cerebro y de la medula (nervios periféricos). Esto causa una debilidad temporal e incluso una parálisis en algunas partes del cuerpo y a nivel de las extremidades.

Las características definitorias que presentó el paciente en estudio fueron: disminución de las habilidades motoras finas y gruesas, disnea de esfuerzo e inestabilidad postural. Al respecto, Steinberg y Koski (2015) sostienen que los principales síntomas clínicos son entumecimiento, hormigueo, sensación en la zona dormida o algo que pasa por debajo de la piel, electricidad o vibración. Puede ocurrir inicialmente en una sola extremidad, pero rápidamente se vuelve simétrico, generalmente en una extremidad (superficie distal). La debilidad puede afectar a ambas extremidades, pero puede ser muy silenciosa al principio

hasta que haya progresado hasta el punto en que interfiera con las funciones motoras que permiten caminar, respirar y hablar.

Para Ojeda de Orrego (2017), la fisiopatología de la enfermedad explica que el sistema inmunológico destruye la corteza, la mielina y los axones, que lo hace incapaz de enviar señales al cerebro de manera efectiva y hace que los músculos sean incapaces de responder a las órdenes del cerebro, una señal sensorial que evita que sienta textura, calor o dolor.

También puede recibir señales inapropiadas como hormigueo en la piel y sensaciones de dolor.

Montaño et al. (2021) sostienen que la mielina ayuda a transportar señales de los nervios periféricos, que transportan señales eléctricas de la médula espinal a los músculos de la piel y las articulaciones a la médula espinal y de allí al cerebro. Cierta cantidad de axones (los núcleos conductores de señales de los nervios periféricos) están revestidos con una vaina aislante llamada mielina. En el síndrome Guillain-Barré, el inicio del nervio suele verse afectado y es principalmente la mielina. Dicha parte del nervio ayuda a que la señal se transmita de forma rápida y precisa, evitando cortocircuitos y la desaceleración de las señales de los axones. La mielina generada por las células de Schwann recubre los segmentos axonales y se extiende por toda su longitud.

El daño que se provocó en la movilidad física mantiene un vínculo hacia el decrecimiento de la eficacia muscular. En el caso del paciente, este inicia con el adormecimiento y el agotamiento en los músculos de los miembros inferiores llegando a la debilidad y dificultad para la marcha. Si bien es cierto que el sistema inmunológico del organismo arremete a sus propios tejidos destrozando la parte de la mielina que se sitúa en los axones de los nervios periféricos e incluso a ello, los nervios tienen la dificultad de poder transferir con eficiencia. De acuerdo a esto, los músculos tienden a disminuir su suficiencia de garantizar a las señales nerviosas. Ahora bien, el que recibe menos señales sensoriales del cuerpo es el cerebro, ocasionando una inhabilidad de sentir expresiones o dolores del cuerpo (García et al., 2018).

Barbosa y Urrea (2018) refieren al reconocer sus factores de estado antes de la actividad para determinar los probables factores de riesgos y, muy aparte, también la autoestima, reduciendo el riesgo percibido de enfermar, generando secuelas calmantes. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (2016) revela que, al menos un 60% de la población mundial no realiza la actividad física necesaria para obtener beneficios para la salud, constituyéndose en el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad en todo el mundo. Esto es así porque el ejercicio diario, de 30 minutos con una intensidad moderada durante por lo menos todos los días de la semana, ayudará eficazmente en la salud de la persona.

Los mismos autores nos dicen que el ejercicio y deporte que cada persona hace ayuda beneficiosamente al cuerpo dando un estado de salud físico, psíquico y social favorable, lo cual es muy importante para prevenir un nivel terapéutico. En un enfoque físico en torno a los deportes, este ayuda eficazmente el sistema cardiovascular, el sistema respiratorio, digestivo y endocrino, reforzando al sistema osteomuscular, incrementando flexibilidad al cuerpo, disminuyendo niveles de colesterol y triglicéridos, también la intolerancia a la lactosa, adiposidad y obesidad.

Trujillo et al. (2020) mencionan que estas actividades físicas ayudan y son importantes para cada persona, ya que de esta forma tendremos beneficios en el estado crónico en algunas enfermedades que se presenten; además que también producen efectos adicionales sobre la condición propia del envejecimiento, dando énfasis a que el ejercicio afecta de manera eficaz para prevenciones como la fragilidad, el sarcopenia/dinapenia, los riesgos de caídas, una buena autoestima y el deterioro funcional y cognitivo.

La fisiología en la actividad física y los ejercicios producen beneficios eficaces, de acuerdo al sistema inmune se han ido aumentando las investigaciones sobre énfasis de efectos hacia la mejora de la capacidad para la eliminación de patógenos, además la disminución y delimitaciones de repercusiones de contraer otras patologías de ictus que podrían generar efectos como la hemiparesia y hemiplejía. Se han visto notables parecidos con artículos donde



acontece la demostración del ejercicio físico que ayuda a la disminución de riesgos como la infección respiratoria y la gravedad de la persona que aún no presenta síntomas, descubriendo la reducción de morbilidad y mortalidad en las afecciones.

Barbosa y Urrea (2018) añaden que hacer actividades físicas vinculadas al movimiento, dando acotación a la relación que tiene el cuerpo y la practica humana, inciden en tres dimensiones fundamentales: biológica, personal y sociocultural. Estas dimensiones, por factores de conocimiento y experiencia corporal, ayudan a tener mayores y mejores conocimientos. De igual manera, estos también se conjuntan con el desarrollo cultural, en actividades como bailar, jugar y caminar.

Según Vernaza et al. (2018), cada profesional de la salud se dedica a evaluar y analizar la situación en que se encuentre, ya sea individual y colectivamente. Ante esto, la intervención que se dará con tratamientos a pacientes con estados de dolor. Estos se integran en toda la multidimensionalidad y en las intervenciones por fisioterapia, que con solo el tacto reducirá la tensión en el sistema miofascial en tanto a la presión que ocurre en las neuronas sensitivas primarias, lo cual se conecta con la piel y medula espinal y también con el tronco cerebral. Inducir de manera manual los nociceptores logran tener efectos importantes ante el dolor, lo cual es recomendable a través de la ciencia, es usar empleabilidad en el masaje, ya que ayudará a aliviar el dolor de muchas personas como medida terapéutica.

### **Dolor agudo**

Según García-Andreu (2017), el dolor agudo es una experiencia sensorial y a la vez emocionalmente desagradable, que se asocia al daño tisular o potencia, lo que provoca el dolor como un fenómeno complejo. NANDA Internacional (2018-2020) manifiesta que el dolor es una desagradable emoción y experiencia sensorial que se asocia al daño tisular o potencial, que describe en términos un dicho daño que da inicio lento de la intensidad, ya sea leve o grave, y con la duración de un final anticipado que es menor a los 3 meses.

Dávila Cabo de Villa et al. (2020) manifiestan que el dolor cumple un servicio que distingue el dolor agudo y el dolor crónico, donde presenta diferentes evoluciones que se puedan dar y también abordajes terapéuticos. El dolor agudo suele ser transitorio y de corta extensión; cuando se habla de dolor crónico se refiere a que es permanente con una respuesta que no es beneficiaria a los tratamientos previos; estos tienden a agravarse y son muy poco definidos. El factor relacionado para este diagnóstico fue "Lesión por agentes biológicos". Al respecto, Vidal Fuentes (2020) refiere que varios mecanismos están involucrados en la etiología del dolor. La lesión tisular representa el dolor nociceptivo por estímulo de los receptores del dolor (nociceptores), incluida la neuritis, el contacto mecánico entre los nervios de extensión y de conducción nerviosa.

En este caso, las características definitorias son: el autoinforme mayor grado con escalas supervisadas del dolor, alteración del parámetro fisiológico en que se encuentre el dolor, variación en el apetito, comportamiento sobreprotector, comportamiento resaltante en la expresividad, diaforesis, expansión pupilar, expresión facial por la provocación del dolor, tiende a encorvarse para resistir el dolor.

Por su parte, Vicente et al. (2018) ofrece recomendación a utilizar medidas de intensidad para la mejora del dolor, esto en estudios que se relacionan con la intervención de estadares de La Escala de Análisis Visual (VAS), la Escala Numérica (NRS), la Escala de Clasificación Verbal (VRS) y la Escala de Dolor de Caras-Revisada (FPS-R); que son medidas que mayormente se usan para aliviar la intensidad del dolor en los estados clínicos y de investigación.

Mugabure et al., (2020) aduce la existencia de afectaciones que implica que la neurobiología haga transducción, transmisión, modulación y percepción hacia el dolor esto a través de los sistemas somatosensorial y límbico episodios de dolor vaso-oclusivo agudo. El dolor en la fisiopatología es, de cierta forma, compleja y se ha imputado a factores biológicos, los cuales son: el estrés oxidativo, la vas oclusión, la lesión por isquemia de reperusión, la

inflamación local y, por último, un suceso de neuro-inflamación y sensibilización central que conduce a un síndrome de dolor crónico.

En el mismo orden de cosas, Vicente et al. (2018) manifiestan que los cambios en el apetito influyen en el dolor. En muchas ocasiones no se puede prevenir, pero si se puede mantener un peso normal e ideal —además de tener un buen balance en la alimentación—, hacer ejercicios, dormir las horas correspondientes y controlar la ansiedad, lo que podría ayudar mucho al tener dolor. Para saber si es un dolor crónico, este debe ser agudo, con rechazo hacia la comida o también tener estupor.

Para Klimenko et al. (2018), la OMS ha considerado dar información promocional en habilidades para la vida en diferentes ambientes de la educación en este caso en la década de los años 90, lo que detalla que en la cultura y el estilo de vida que llevaron ha ido revolucionando y ha hecho que los niños y adolescentes no estén preparados para afrontar nuevos desafíos.

En este sentido, Umaña, et al. (2019) afirman que la diaforesis es la sudoración excesiva iniciando por lo general en reposo, y acompañada de síntomas autonómicos como náuseas, diaforesis, ansiedad y palidez, lo que se define como síndrome coronario agudo y angina de pecho inestable o infarto al miocardio agudo.

Por su parte, Duque y Vasquéz (2018) expresan que la dilatación pupilar es de forma radical y tiende a producir una retracción en el iris que provoca el aumento de la pupila en 2mm. Está inervado por fibras en el sistema nervioso simpático y la noradrenalina neurotransmisor, provocando en las sinapsis entre las fibras simpáticas eferentes postganglionares.

Para Vernaza et al. (2018), la experiencia del dolor humano está ligada a factores personales y contextuales, lo que permite que la expresión del dolor sea tan compleja y requiera un manejo multidimensional por un equipo interdisciplinar que comprenda primero que si el paciente/persona expresa que tiene un dolor es porque lo tiene; esto indica que el apoyo

en los profesionales de psicología y psiquiatría es indispensable, seguido del médico, neurólogo, neurocirujano, fisiatra, fisioterapeuta, trabajador social, terapeuta ocupacional, e inclusive estos pacientes deben contar con un apoyo espiritual, dado que hay que entender el sentido que esta persona le está dando a su vida.

Los mismos autores mencionan que el apoyo que se da en la postura desde la fisioterapia, tiende a ser intervenciones con técnicas como la respiración, la relajación, técnicas de reeducación en postural global, musicoterapia, etc.; es un acontecimiento importante en el tratamiento en el caso de las emociones y del dolor, ya que el hecho de hacer entrenamiento y movimiento puede estimular los medios psicológicos que tienen los pacientes, además de ayudarlos a recuperarse de sus crisis, por otro lado, a mejorar y superar las dificultades que podría estar presentando, esto para que ayude eficazmente la seguridad del paciente y que pueda aceptar su cuerpo.

Según Garcia Andreu (2017) manifiesta que, cuando no hay un buen manejo en la fisiopatología del dolor agudo, podría haber riesgos en la sensibilidad central. Esto es lo que también proponen Hoyos y Arenas (2018), quienes refieren que los más propensos a tener dolores son los pacientes con trastornos sensoriales, muy aparte de la comparación con los de déficit motora pura; y los que son más propensos a sufrir dolores crónicos son los que tienen más dolor en la etapa aguda. Ahora, los dolores musculares y calambres se producen mayormente a pacientes con déficit sensorial residual. Los dolores fisiopatológicos despliegan los daños de las fibras sensitivas mielinizadas, que toma el papel de las células T, que recurren a medir la inflamación y la liberación de citoquinas pro inflamatorias que llevan a cabo las inflamaciones a los nervios. Por otro lado, el daño de estas pequeñas fibras sensoriales y autonómicas de la raíz nerviosa y productos de alteraciones en el musculo que tomar relación en cambios neurogénicos.

Por otro lado, las siguientes intervenciones fueron el manejo de la medicación y el manejo ambiental (el confort), realizándose las siguientes actividades: Identificar los fármacos

de necesidad y administrarlos conforme a la demanda del paciente. Figueiredo Manzo et al. (2019) sostienen que es un elemento esencial para organizar la seguridad del paciente en la administración de fármacos, este componente atribuye a la mayoría de los incidentes. También, la comunicación que se debe dar entre el profesional y el paciente debe ser adecuada y estos deben de tener un buen monitoreo al cuidado y además una buena relación con los fármacos que tienen resultados relevantes y efectivos, para así evitar incidentes.

El hecho de administrar los medicamentos son una modalidad eficaz. Según García-Andreu (2017), las modalidades farmacológicas e intervencionismo, suelen usarse de manera solitaria o, a veces, en conjunto si fuese el caso; pero es recomendable hacerlo con un manejo multimodal y poniendo en cuenta que debe de prevenir los riesgos y beneficios.

El siguiente paso es contemplar los productos terapéuticos que el paciente medica. Según Herrero-Jaén (2020), el tratamiento farmacológico correspondiente consiste en la supervisión al administrar el fármaco de forma correcta, y que se logre una serie de efectos saludables. Elementos de acción como la preparación, dosificación, supervisión de la dosificación, vía de administración, entre otros, puede producir efectos secundarios. La vigilancia clínica, entonces, se establecen como elementos esenciales del cuidado en farmacoterapia.

Luego, se debe indicar la manipulación en el entorno del paciente y de la familia para establecer si hay una comodidad óptica. Para Ruiz-Góngora y Diaz-Heredia (2018) en un ambito social hay resultados que han accedido a reafirmar una importante aportacion en la familia y amigos; esto para la ayuda de la comodidad y el bienestar, porque tiene el poder de sentirlos bien, queridos y con la fuerza suficiente para seguir adelante. Esto corresponde con determinados estudios que señalan que el paciente necesitar tener relación con otros individuos para no sentirse solitario en esta etapa.

Establecer el vínculo de incomodidad puede incorporar la posición de diversos dispositivos o soportes para el paciente, como la sonda, la cama arrugada y estados

ambientales irritantes. Para Ruiz-Góngora y Diaz-Heredia (2018) las situaciones de incomodidad descritas son, generalmente, en un factor físico, aunque tales experiencias son desagradables e incómodas en su totalidad. Que son procedimientos invasivos que genera temor sensación de miedo. Muchos casos suelen sentirse vulnerables y sensibles al expresar sus opiniones o el estado en como están, y es notorio como ellos quieren ser escuchados.

También se debe colocar al paciente de forma que facilite su comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas). Según González et al. (2017), el paciente hospitalizado por su condición médica depende 100% del personal de enfermería para satisfacer sus necesidades básicas. La mejor manera de facilitar el cuidado y comodidad del paciente se produce cuando está consciente y orientado; ya que de esta forma puede mencionar sus necesidades o incomodidades, Esto también puede ocurrir cuando el paciente esta inconsciente, con grado de sedación o con alteraciones neurológicas que dificulten la comunicación; por ello, es importante brindar la mejor ayuda posible en su cuidado, que la enfermera tenga la disposición de hacerlo, para que los pacientes se sientan cómodos durante su hospitalización. Se utilizan las habilidades y los materiales adecuados como almohadas para la movilización de paciente.

### **Deterioro de la eliminación urinaria**

Consiste en la disfunción en la eliminación urinaria (Herdman & Kamitsuru, 2018). Lasheras (2022) refiere que comienza con un estado en el que el individuo experimenta una nueva sensación que es la emisión de orina. A su vez, Gonzales (2019) refiere que la orina y su eliminación puede cumplir un factor importante, pero normalmente lo mantiene para el hidroelectrolítico del cuerpo y, sobre todo, para la eliminación de agua y sustancias desechables, manteniendo la homeostasis.

Según NANDA internacional (2018-2020) se refiere al deterioro de la eliminación urinaria como su disfunción. En el caso presentado, el deterioro de la eliminación urinaria proviene de la compresión medular, siendo afectada la función de los esfínteres y provocando

la retención urinaria en el paciente. Aquí se adiciona la disfunción de los músculos protectores de la vejiga y la alteración neuronal; esta disfunción se presenta, por lo general, en un pequeño grupo de los pacientes que padecen de esta patología.

Las características definitorias fueron: retención urinaria, incontinencia urinaria, disuria, micción frecuente, nicturia y urgencia urinaria. La alteración del tracto urinario inferior es muy notable ante la sociedad, ya que muchos pacientes desarrollan esta alteración. Usualmente, estos presentan una enfermedad conocida y síntomas urinarios asociados; en algunas ocasiones, aparece el síntoma urinario cuando se diagnostica la enfermedad. Una alteración en la vía neurológica involucrada en la fisiología de la micción no sólo causa síntomas urinarios del tracto inferior, sino que puede repercutir en la vía urinaria superior (Echevarria-Restrepo, 2019).

El deterioro de la eliminación urinaria está relacionado al deterioro sentido motor en el paciente, que presenta arreflexia persistente y lleva a alteración de la dilatación de las fibras vesicales (si se realiza cateterismo intermitente de forma oportuna podrá evitarse el daño de la alteración del vaciamiento y altos residuos). Las intervenciones administradas consistieron en el manejo de la eliminación urinaria y sondaje vesical y otras siguientes actividades. Observación de posibles signos y síntomas de retención urinaria. Según Campillos et al, (2021) el personal de enfermería debe ser consciente de este tipo de peligros y supervisar los síntomas que más afectan a la vida del paciente. Entre ellos, se debe conocer las contingencias que favorecen la aparición de la infección urinaria (IU) en las personas mayores que reciben atención hospitalaria.

Para la identificación de los factores que atribuyen a cierto episodio, Campillos et al. (2021) refiere que las principales consecuencias que derivan de la IU son la depresión y el estrés; así como una disminución de la calidad de vida. De forma general, existen también factores que consideran el riesgo que puede haber entre ambos géneros sobre la obesidad y los factores estresantes (sonreír, toser, estornudar). En ciertos factores, resulta la presencia de

las comorbilidades (hipertensión, diabetes mellitus, hipercolesterolemia), lesión cervical y/o un accidente cerebrovascular, que trasfiere resaltantemente el estado de continencia.

Siguiente, explicación detallada que el paciente debe beber 250 ml de líquido con comidas saludables. Según Salas et al. (2020), la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria plantea guías dietéticas para la población, la cual consideran que debe sustentar, favorecer y contemplar la alimentación saludable, como la actividad física y la hidratación. En este caso, lo recomendable es beber de 4-6 vasos de agua al día con el propósito de tener un estado seguro en hidratación.

Finalmente, explicación del procedimiento y el fundamento del sondaje. Según Villacreses et al. (2019), los factores de riesgo y efectos nocivos de las bacterias por la sonda permanente están relacionados con el tiempo de permanencia de la sonda, de la localización del catéter o sonda uretral. Asimismo, se procede a explicar al paciente y familia cada uno de los procedimientos a realizar.

En este caso, la enseñanza al paciente de los cuidados apropiados de la sonda es, según Moreno et al. (2020), una herramienta de prevención del riesgo de infección asociado al mantenimiento de la sonda. Aquí se logra identificar las necesidades de los pacientes, y fortalecer su comprensión, así como prevenir complicaciones tras el alta; mediante intervenciones educativas reforzadas con documentación escrita, por lo que se puede mejorar el nivel de autocuidado.

### **Conclusiones**

Se logro gestionar el proceso de cuidado de enfermería en sus cinco etapas. El objetivo fue brindar un cuidado de calidad al paciente con el síndrome de Guillain-Barré, que depende de otra persona o enfermera; y, asimismo, satisfacer sus necesidades básicas.

Por otro lado, se brinda calidad en todas las necesidades básicas del paciente en todas las etapas de su vida o fases esta la atención de enfermería, como los cuidados individualizados y humanísticos tratando a la persona como un todo con eficiencia holística. Por



ello, es importante un diagnóstico de enfermería, valoración y examen físico y emocional Para ayudar a recuperar y alcanzar su bienestar del paciente.

### Referencias bibliográficas

- activos, E. f.-1. (07 de 12 de 2020). Trujillo G,luz maria., Oetinger G. astrid von., García L,daniela. *reviast de chile de enfermedades respiratoria*, 36(4), 334-340.  
doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482020000400334>
- Almudena Duque., y. C. (22 de 05 de 2018). Implicaciones clínicas del uso del tamaño pupilar como indicador de actividad. *clinica y salud*, 24(2), 96-101.  
doi:<https://dx.doi.org/10.5093/cl2013a11>
- Barbosa Granados, S. H. (28 de 03 de 2018). Influencia del deporte y la actividad física en el estado saludfisico y mental. *El N 25 de la revista KATHARSIS*, 141-153. Recuperado el 07 de 09 de 2022, de Dialnet-InfluenciaDelDeporteYLaActividadFisicaEnElEstadoDe-636997
- Campillos-Cañete, N. ...-T.-J. (15 de 1 de 2021). Incontinencia urinaria: causas y cuidados de enfermería. Una revisión. *cuidados de enfermeria*, 1(24), 25-37. doi:2255-3517-enfro-24-01-03.pdf
- Castillejos Leala, M. P. (12 de 10 de 2020). Evaluación de la ingesta de líquidos en población mayor. *revista clinica de medicina de la familia* , 14(1), 6-10. doi: On-line ISSN 2386-820
- Dávila Cabo de Villa, e. H. (15 de 08 de 2020). Dolor y analgésicos. Algunas consideraciones oportunas. *medisur*, 18(4), 695. doi:ISSN 1727-897X
- Echevarria Restrepo, L. (2019). *scielo*. Obtenido de efectos de las lesiones del sistema nervioso: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-87052019000300182](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052019000300182)
- Fabian, Hoyos Gutierrez, J., & Leal Arenas, F. (febrero de 2018). *el dolor en el sindrome de Guillan Barre*. Recuperado el octubre de 2021, de Revista de Colombia De Medicina Fisica y Rehabilitacion: file:///C:/Users/ASUS/Downloads/147-Texto%20del%20art%C3%ADculo-342-1-10-20160218.pdf

- Fátima Hoffmann Rigo, D. R. (26 de 01 de 2020). Síndrome de Guillain Barré: perfil clínico epidemiológico y asistencia de enfermería. *Enfermería Global*, 1(57), 346\_360. doi:DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.19.1.366661>
- Figueiredo Manzo.brana., G. B. (21 de 1 de 2019). Seguridad en la administración de medicamentos: investigación. *enfermería global*(56), 19-31. doi:ISSN 1695-6141
- García D.Rebolledo., G.-V. P.-C. (24 de junio de 2018). Síndrome de Guillain-Barré: viejos. *Med Int Méx.*, 34(1), 72\_81. doi:DOI: <https://doi.org/10.24245/mim.v34i1.1922>
- garcia, r. (enero de 2018). *síndrome de guillan barre: viejos y nuevos conceptos*. Recuperado el 20 de diciembre de 2021, de medicina interna mexico: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2018/mim181i.pdf>
- González Gómez, a. P. (12 de 1 de 2017). Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado. *enfermería global*, 45, 266-280. Recuperado el 7 de 2022, de [sciii.es/pdf/eg/v16n45/1695-6141-eg-16-45-00266.pdf](http://sciii.es/pdf/eg/v16n45/1695-6141-eg-16-45-00266.pdf)
- González Navas, j. (12 de 02 de 2016). BALANCE HÍDRICO Y CONTEXTUALIZACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO. (C. V. Gimeno, Ed.) *CiberRevista IV época*, 41(2), 1-8. Recuperado el 03 de 09 de 2022, de <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2015/editorial.html>
- Guerrero-Ramírez rosa., M. E.-L.-R. (20 de diciembre de 2016). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson,. *Rev enferm Herediana.*, 2(9), 138. Recuperado el 28 de 06 de 2022, de Correo electrónico: [mdelacruzr@ucv.edu.pe](mailto:mdelacruzr@ucv.edu.pe)
- Herdman, T., & Kamitsuru, S. (2018). DIAGNOSTICOS ENFERMEROS. En *NANDA International, Inc.* .
- Herrero Jaén., s. (1 de 6 de 2020). LA FARMACOLOGÍA DEL CUIDADO:. *Grupo MISKC (Universidad de Alcalá)*, 13(4), 4-22. Recuperado el 21 de 7 de 2022, de [sciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2019000400007](http://sciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000400007)

- jorge, G.-A. (12 de 6 de 2017). Manejo básico del dolor agudo y crónico. *anestesia en mexico*, 29(1), 78. doi:jogaan1968@yahoo.com.mx
- Karlsson, H., & Pérez Sanz, C. (2009). Hemorragia postparto. *An. Sist. Sanit. Navar.*, 159-167.
- Klimenko, O. G. (15 de 06 de 2018). Estrategias preventivas en relación a las conductas. *revista PSICOESPACIOS*, 12(20), 144-166. doi: doi: <https://doi.org/10.25057/issn.2145-2776>
- Montaño Lozada., J. M.-T.-E.-O.-E.-C.-S.-P. (18 de 05 de 2021). Infección por Sars-Cov-2 y Síndrome de GuillainBarré. *ARCHIVOS DE MEDICINA*, 17(45), 1-5. doi:doi: 10.3823/1476
- Moreno-Cabello, E.-P.-S. (16 de 1 de 2020). Fomento del autocuidado al paciente. *enfermería universitaria*, 17(2), 234-240. doi:OI <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.2.736> .
- Mugabure Bujedo, b. S. (13 de 10 de 2020). Fisiopatología clínica efisiopatologia clinica en pacientes con enfermedad de células falciformes: la transición del dolor agudo al crónico. *revista de la sociedad española del dolor*, 27(3). doi:<https://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3814/2020>
- Natalia Carvalho Borges 1. (s.f.).
- Natalia Carvalho Borges, B. C. (Octubre de 2017). Dolor postoperatorio en mujeres sometidas a cesárea. *Enfermería Global*(48), 354-363. doi:<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.267721>
- Ovalle, Martha Patricia Lázaro; Pedro José Herrera Gómez. (2018). Caracterización del dolor agudo postoperatorio en pacientes llevadas a cesárea más ligadura tubárica, cesárea o ligadura tubárica bajo anestesia regional. *CARACTERIZACIÓN DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO EN PACIENTES*. Bogotá, Colombia. Obtenido de [bdigital.unal.edu.co/62085/1/1091533505.2018.pdf](http://bdigital.unal.edu.co/62085/1/1091533505.2018.pdf)

- Parra, K. M. (abril de 2017). *Experiencia en la aplicación del proceso enfermero por el personal de enfermería en una unidad asistencial de segundo nivel*. Recuperado el 21 de noviembre de 2021, de Enfermeria21:  
<https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/247/experiencia-en-la-aplicacion-del-proceso-enfermero-por-el-personal-de-enfermeria-en-una-unidad-asistencial-de-segundo-nivel-chihuahua-mexico/>
- Rorarius, M. (1993). Diclofenac and ketoprofen for pain treatment after elective caesarean section. *British Journal of Anaesthesia*, 293-297.
- Ruiz Góngora, M. I. (3 de 7 de 2018). Comodidad del paciente en una unidad de cuidado intensivo vascular. *Av Enferm*, 38(2), 188-196. doi:doi: 10.15446/
- Ruiz Góngora., M. I. (03 de 07 de 2018). Comodidad del paciente en uns unidsd de cuidado intensivo vascular. *Av Enferm.*, 3(2), 194. doi:doi: 10.15446
- Salas-Salvadó, j. M.-M. (21 de 1 de 2020). Importancia del consumo de agua en la salud y la prevención de la enfermedad: de la situacion actual. *Nutrición*, 37(5), 1073-1086.  
doi:<https://dx.doi.org/10.20960/nh.03160>
- Suarez, F. E. (Agosto de 2016). *Inmunoglobulina IV vs Plasmaferesis en sindrome guillan barre*. Recuperado el 22 de diciembre de 2021, de Acta Neurologica Colombiana:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v32n3/v32n3a02.pdf>
- Trujillo G, L. M. (07 de 12 de 2020). Ejercicio físico y COVID-19: la importancia de mantenernos activos. *revista chilena de enfermedades respiratorias*, 36(4), 334-340.  
doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482020000400334>
- Umaña Giraldo, h. j.-M.-J.-P.-S.-C.-V. (30 de 06 de 2019). Qué pensar antes de decir que el paciente. *revista medica risasalda*, 44-56.
- Vernaza-Pinzón.paola., P.-P.-V. (15 de 10 de 2018). Dolor y emoción, una reflexión para el profesional en ciencias de la salud. *revista de reflexion de la universidad magdalena*, 16(1), 145-149. doi:DOI: <https://doi.org/10.21676/2389783X.2639>

Vicente-Herrero, .. t.-B.-M.-I.-d.-I.-T.-G. (82 de 08 de 2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *revista de la sociedad española del dolor* , 25(4), 2-10. doi:<https://dx.doi.org/10.20986/resed.2018.3632/2017>

vidal fuentes., j. (2020). Versión actualizada de la definición de dolor. *revista de la sociedad española del dolor*, 27(4), 1. doi:DOI: 10.20986/

Villacreses Vásquez, E. G. (10 de 1 de 2019). investigación actualización del mundo de las ciencias. *RECIAMUC*, 3(4), 115-131.  
doi:DOI:10.26820/reciamuc/3.(4).octubre.2019.115-131

## Apéndice

### Apéndice A: Planes de cuidado

Diagnóstico enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
Deterioro de la movilidad física relacionado: con la disminución de la fortaleza muscular manifestado por la imposibilidad de las actividades de la vida diaria.	<b>Resultado: movimiento coordinado Cod:0212</b>	2	Mantener en:3	<b>Intervención: fomento del ejercicio: entrenamiento de fuerza. Cod:0201 pag.229</b>				3	+1
			Aumentar a:4	<b>Actividades</b>					
	<b>Escala: Gravemente comprometido (1) a No comprometido (5)</b>			0590 01. Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria	→	→			
	<b>Indicadores</b>			0590 02. Identificar los factores que contribuyen a cierto episodio.	→	→			
	021202 tono muscular	1		0590 03. Enseñar al paciente a beber 250 ml de líquido con las comidas.	→	→		3	
	021206 estabilidad del movimiento	2		<b>Intervención: sondaje vesical Cod:0580</b>				3	
	021212 movimiento con la precisión deseada	2		<b>Actividades</b>				3	
				<b>0580 01</b> Explicar el procedimiento y el fundamento del sondaje	→	→			
				<b>0580 02</b> Monitorizar las entradas y salidas	→	→			
				<b>0580 03</b> Enseñar al paciente los cuidados apropiados de la sonda.	→	→			




Diagnóstico enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
Dolor agudo relacionado con lesión por agente biológico evidenciado por expresión facial de dolor y referencia de dolor intenso calificado en intervalo 9 según EVA.	<b>Resultado: control del dolor Cod:1605</b>	2	Mantener en:3	<b>Intervención:</b> manejo de la medicación Cod:2380				4	+2
			Aumentar a:4	<b>Actividades</b>					
	<b>Escala:</b> Nunca demostrado (1) a Siempre demostrado (5)			<b>2380 01</b> Determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo a la demanda del paciente.	→	→			
	<b>Indicadores</b>			<b>2380 02</b> Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.	→	→			
	160502, reconoce el comienzo del dolor	2		<b>2380 03</b> Observar los efectos terapéuticos de la medicación del paciente.	→	→		4	
	160501, reconoce los factores causales primarios.	2		<b>2380 04</b> Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación.	→	→		4	
	160514, describe los factores que son responsables del dolor	2		<b>Intervención: manejo ambiental: el confort. Cod:6482 pag.250</b>				4	
	160517, habla sobre las opciones de tratamiento del dolor con el profesional sanitario	2		<b>Actividades</b>				4	

				<b>6482 01</b> Determinar los objetivos del paciente y de la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima.	→	→			
				<b>6482 02</b> Determinar la fuente de incomodidad, como posición de la sonda, ropa de cama arrugada, y factores ambientales irritantes.	→	→			

Diagnóstico enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con deterioro sensitivo – motor evidenciado por retención urinaria y globo vesical.	<b>Resultado: Eliminación urinaria. Cód.: 0503</b>	2	Mantener en: 3	<b>Intervención:</b> manejo de la eliminación urinaria Cod:0590				4	+2
			Aumentar a: 4	<b>Actividades</b>					
	<b>Escala: gravemente comprometido (1) No comprometido (5)</b>			0590 01. Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria					
	<b>Indicadores</b>			0590 02. Identificar los factores que contribuyen a cierto episodio.					
	<b>050301</b> Patrón de eliminación	2		0590 03. Enseñar al paciente a beber 250 ml de líquido con las comidas.				4	
	<b>050303</b> Cantidad de orina	2		<b>Intervención: sondaje vesical Cod:0580</b>				5	
	<b>050304</b> color de orina	2		<b>Actividades</b>				1	
	<b>050307</b> Ingesta de líquidos	2		<b>0580 01</b> Explicar el procedimiento y el fundamento del sondaje				4	
				<b>0580 02</b> Monitorizar las entradas y salidas					
			<b>0580 03</b> Enseñar al paciente los cuidados apropiados de la sonda.						

Apéndice B: Guía de valoración



Instituto  
Nacional de  
Ciencias  
Neurológicas  
Perú

### GUIA DE VALORACION DE ENFERMERIA

GRADO DE DEPENDENCIA I II III IV

---

**DATOS GENERALES:**

FECHA DE INGRESO: 01-03-2010 F. DE INGRESO SERVICIO: 06-03-2010 HORA: 1:00 pm N° HCL: 7005616  
 NOMBRES Y APELLIDOS: Jamuel Angel Flores Caramona EDAD: 31 N° CAMA: 06  
 PROCEDENCIA: CASA  REFERENCIA  CONSULTORIO  OTROS: Clínica Suiza y Caramona - Hicla  
 CONDICIONES DE INGRESO: CAMINANDO  SILLA DE RUEDAS  CAMILLA  OTROS: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE ATENCIÓN: SIS  SOAT  OTROS: Particular DNI: 0002019399  
 FUENTE DE INFORMACIÓN: PACIENTE  FAMILIAR  PNP  OTROS: \_\_\_\_\_ TELEF. \_\_\_\_\_  
 CONTROL FUNCIONES: \_\_\_\_\_

PESO: 70 kg TALLA: 1.73 m FC: 92 FR: 20 P/A: 120/80 SAT: 95 HGT: 160

V. SUBJETIVA: "Me duele cabeza y tengo dolor la espalda"  
 V. OBJETIVA: \_\_\_\_\_

---

**PATRON I: PERCEPCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD:**

- ANTECEDENTES Y/O CIRUGIAS:  
HTA  DM  TBC  OTROS: \_\_\_\_\_  
CIRUGIAS  ALERGIAS  Ninguna
- FACTORES DE RIESGO  
TABACO  ALCOHOL  DROGAS  OTROS: \_\_\_\_\_
- ESTADO DE HIGIENE  
BUENA  REGULAR  MALA
- CONOCE SU ENFERMEDAD  
SI  NO  RELATO: En la cabeza

**PATRON II: ROL DE RELACIONES**

- OCUPACIÓN: Choper
- ESTADO CIVIL: SOLTERO  CASADO/A  CONVIVIENTE  OTROS: \_\_\_\_\_
- VIVE CON: Esposa
- RECIBE APOYO DE: FAMILIARES  AMIGOS  OTROS

**PATRON III: VALORES Y CREENCIAS**

- RELIGIÓN: Cristiano - Mormona
- RESTICCIONES: \_\_\_\_\_

**PATRON IV: AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO TOLERANCIA AL ESTRÉS.**

- ESTADO EMOCIONAL: TEMOR  ANSIEDAD  ANSIEDAD  NEGACIÓN  IRRITABLE  INDIFERENCIA
- AUTOCONCEPTO Y AUTOIMAGEN  
RELATO: No tranquilo por que irreversible, pero me hea paulo agotado x no caminar.

**PATRON V: PATRÓN DE SUEÑO**

- CONSUMO DE SOMNIFEROS: SI  NO  ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_
- ALTERACIÓN DE SUEÑO: SI  NO  INSONMIO  SOMNOLENCIA  HIPERSONMIO  ESPECIFIQUE: Se despierta dolor de espalda.

**PATRON VI: PERCEPCION – COGNITIVO**

- NIVEL DE CONCIENCIA:  
DESPIERTO  SOMNOLENTE  SUPOR  COMA  OTRO: \_\_\_\_\_  
ORIENTADO LÓTEP  DESORIENTADO LÓTEP  ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_
- ESCALA DE GLASGOW:  
AO (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)  
RV (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)  
RM (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)  
TOTAL: 15
- VALORACION PUPILAR:  
OD \_\_\_\_\_ mm OI \_\_\_\_\_ mm. MIOSIS  MIDRIASIS  ISOCORICAS  ANISOCORICAS  REACTIVAS  ARREACTIVAS  HIPOACTIVAS  ANOPSIA  HEMIANOPSIA  AMAUROSIS  PTOSIS PARPEBRAL OD  OI  DESCRIPCIÓN ADICIONAL: \_\_\_\_\_
- ALTERACIONES:  
AUDICIÓN: \_\_\_\_\_  
LENGUAJE: TQT  TET  DISARTRIA  AFASIA  ATAXIA  DESCRPCIÓN: Normal  
CUADRIPLIEJA  CUADRIPARESIA  HEMIPLEJIA D  I  HEMIPARESIA D  I  MONOPLEJIA MS: (D) (I) MI: (D) (I) MONOPARESIA: MS: (D) (I) MI: (D) (I) PARAPLEJIA
- DOLOR:  
**Escala analógica visual**  
Sin dolor | Dolor leve | Dolor moderado | Dolor intenso | Dolor muy intenso | El peor dolor posible  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Sin dolor | Dolor moderado | El peor dolor posible
- EVA (9) SEDOANALGESIA SI  NO   
DESCRIPCIÓN: Agitada, Cabe o nivel epigástrico  
RASS: ( )  
-4 COMBATIVO  
-3 MUY AGITADO  
-2 AGITADO  
-1 INTRANQUIL  
+0 ALERTA Y EN CALMA  
+1 ADORMILADO  
+2 SEDACIÓN LIGERA  
+3 SEDACIÓN MODERADA  
+4 SEDACIÓN PROFUNDA  
+5 COMA

**PATRON VII: ACTIVIDAD Y EJERCICIO**

**ACTIVIDAD RESPIRATORIA**

NORMAL  DISNEA ( ) ORTOPNEA ( ) POLIPNEA ( )  
 TAQUIPNEA ( ) BRADIPNEA ( ) APNEA ( )

**APOYO DE OXIGENO**

TQT ( ) TET ( ) VENTURI ( ) CBN ( ) M. RESERVORIO ( )

V. M. ( ) APOYO: \_\_\_\_\_ L/Min: \_\_\_\_\_ FIO2: \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_

**RUIDOS RESPIRATORIOS**

NORMAL  SIBILANTES ( ) ESTERTORES ( ) RONCANTES ( )  
 CREPITANTES ( )

USO DE MÚSCULOS ACCESORIOS: SI ( ) NO

DESCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_

DRENAJE TORÁCICO: SI ( ) NO

DESCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_

SECRECIONES BRONQUIALES SI  NO ( )

CARACTERÍSTICAS: *Disminuido por mutuel, descompa*

**ACTIVIDAD CIRCULATORIA**

FC: \_\_\_\_\_ / Min

PULSO: NORMAL  FILIFORME ( ) INTERMITENTE ( )

R/A: \_\_\_\_\_ / mmHg

NORMOTENSO  HIPERTENSO ( ) HIPOTENSO ( )

INGURGITACIÓN YUGULAR: SI ( ) NO ( )

LLENADO CAPILAR <2"  >2" ( )

EDEMA: LIBACIÓN \_\_\_\_\_

FOVEA ( ) (I) (II) (III) (IV)

INVASIVOS: CVC ( ) CAF ( ) CVP  FECHA: 05-03-2000

**CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO**

ACTIVIDAD	0	1	2	3
MOVILIZACIÓN EN CAMA		X		
DEAMBULA	X			
IR AL BAÑO / BAÑARSE	X			
TOMAR ALIMENTOS	X			
VESTIRSE	X			

DEPENDENCIA: 0-5 ( )

AYUDA PARCIAL 6-9 ( )

INDEPENDENCIA 10-15 ( )

DISPOSITIVOS DE AYUDA: BASTÓN ( ) MULETAS ( ) ANDADOR ( )

SILLA DE RUEDAS ( ) OTROS: *Camión*

**PATRON VIII: NUTRICIONAL METABOLICO**

**PIEL Y MUCOSAS**

COLORACIÓN: NORMAL  PÁLIDA ( ) CIANÓTICO ( )

PIEL: HIDRATADA ( ) SECA ( ) TURGENTE ( )

LESIONES DERMICAS: SI ( ) NO

DESCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_

SUJECIÓN MECÁNICA: SI ( ) NO

**INTEGRIDAD CUTÁNEA: E. NORTON**

ESTADIO PÉDICO GENITAL	Asiento	4
	Perineo	3
	Genitales	2
ESTADIO SACRAL	Asiento	4
	Perineo	3
	Entrepiernas e Coxis	2
MOVILIDAD	Yema	4
	Distal	3
	Proximal	2
ACTIVIDAD	Artralgias	4
	Contracturas	3
	Edemas	2
INCONTINENCIA	Integridad	4
	Control	3
	Lecciones y Pericó	2

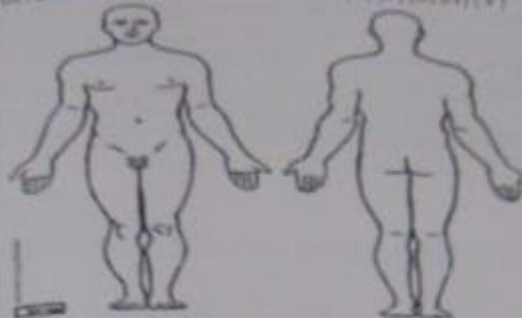
RIESGO MUY ALTO (5-8) ( )

RIESGO ALTO (9-13) ( )

RIESGO MEDIO (14-18) ( )

RIESGO BAJO (19-20) ( )

DETENERIO DE LA I. CUTÁNEA: GRADO ( ) (I) (II) (III) (IV) (V)



FECHA DE DETECCIÓN \_\_\_\_\_

INTRAHOSPITALARIA: SI ( ) NO ( )

HERIDA POST OPERATORIA: \_\_\_\_\_

APOSITOS: LIMPIO/SECO ( ) HEMÁTICO ( ) SEROSO ( )

SEROHEMÁTICOS ( )

DESCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_

**ALIMENTACIÓN**

APETITO: NORMAL ( ) DISMINUIDO  INAPETENTE ( )

NALISEAS  VÓMITOS ( ) PIROSIS ( ) DISFACIA ( )

ESPECIFIQUE: *4 en los tardes*

DENTADURA: COMPLETA ( ) INCOMPLETA ( ) PROTESIS ( )

DESCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_

DISPOSITIVOS: SNG ( ) SNY ( )

TIPO DE DIETA: COMPLETA ( ) D. BLANDA  D. LÍQUIDA ( )

ABDOMEN: B/D ( ) DISTENDIDO

R. HIDROAEREO: NORMAL ( ) AUSENTE ( ) INCREMENTADO

**PATRON IX: ELIMINACIÓN**

**INTESTINAL**

NORMAL ( ) ESTREÑIMIENTO  RECTORRAGIA ( ) MELENA ( )

FRECUENCIA: *4 días*

DIARREA SI ( ) NO  LÍQUIDA ACUOSA ( ) SEMILÍQUIDA ( )

LISO DE LAXANTES: SI  NO ( ) *loctabau*

**VESICAL**

NORMAL ( ) HEMATURIA ( ) COLURIA  PIURIA ( )

CONTROLA ESFINTERES: SI ( ) NO ( )

DESCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_

SONDA FOLEY: SI  NO ( )

N° III FECHA: \_\_\_\_\_ F. CAMBIO \_\_\_\_\_

**PATRON X: SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN**

MUJERES:

MESTRUCIÓN: REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) FLUJ. \_\_\_\_\_

M. ANTICONCEPTIVO: \_\_\_\_\_

TTO. GINECOLÓGICO: \_\_\_\_\_

MOLESTIAS: \_\_\_\_\_

VARONES:

M. BARRERA SI ( ) NO

TTO. UROLÓGICO: \_\_\_\_\_

MOLESTIAS: \_\_\_\_\_

RESTRICCIONES TERAPÉUTICAS: ABSTINENCIA SI ( ) NO ( )

FIRMA DE ENFERMERO/A

FECHA: \_\_\_\_\_

## **Apéndice C: Consentimiento informado**

Universidad Peruana Unión  
Escuela de Posgrado  
UPG de Ciencias de la Salud

### **Consentimiento Informado**

#### **Propósito y procedimientos**

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “**Proceso del cuidado enfermero en paciente con síndrome de Guillain-Barré del servicio de neurodegenerativas de un instituto especializado de Lima, 2021**”. El objetivo de este estudio es aplicar el proceso de atención de enfermería a paciente de iniciales I. A. F. C. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Sumiko Jessenia Gutiérrez Calderón, bajo la asesoría de la Dra. Dra. Mónica Elisa Meneses La Riva. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

#### **Riesgos del estudio**

Se me ha mencionado que no existe ningún riesgo físico, químico, biológico o psicológico asociado con este trabajo académico. Pero, como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

#### **Beneficios del estudio**

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté

finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellido: I.A.F.C

DNI: 000808779

Fecha: 9 de marzo 2020

\_\_\_\_\_

Firma

**Apéndice de evaluación D. Escala de evaluación**

Escala de riesgo de caídas (J. H. DOWNTON 1993)		
Riesgo de caída > 2 puntos		
Caídas previas	No	0
	Sí	1
Ingesta de medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes/sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
	Ninguno	0
Déficits sensoriales	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
	Ninguno	0
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	1

**ESCALA DE GLASGOW DE NIVEL DE CONCIENCIA**

APERTURA OCULAR		RESPUESTA VERBAL		RESPUESTA MOTORA	
Espontánea	4	Orientado	5	Obedece órdenes	6
Orden verbal	3	Confuso	4	Localiza dolor	5
Estímulo doloroso	2	Palabras inapropiadas	3	Retirada al dolor	4
Ausente	1	Palabras incomprensibles	2	Flexión al dolor	3
		Ausente	1	Extensión al dolor	2
				Ausente	1
Puntuación máxima: 15		Puntuación mínima: 3			



## Escala del dolor

# Escala de dolor EVA

[www.paraulcerasporpresion.com](http://www.paraulcerasporpresion.com)

