

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**Proceso de atención de enfermería a paciente con Síndrome de Guillan Barré
del Departamento 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:

Katherine Navarro Sulca

Asesora:

Mg. Katherine Mescua Fasanando

Lima, octubre de 2022

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, Mg. Katherine Mescua Fasanando, escrita de 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 de atención de enfermería a paciente con Síndrome de Guillan Barré del Departamento de Neurodegenerativas de un instituto especializado de Lima, 2021”. Constituye la memoria que presenta la Licenciada Katherine Navarro Sulca, para aspirar al título de especialista en enfermería en Neurología y Neurocirugía, ha sido realizada 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 26 días del mes de octubre de 2022.



Mg. Katherine Mescua Fasanando

**Proceso de atención de enfermería a paciente con Síndrome de Guillan Barré
del Departamento 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



Mg. Katherine Mescua Fasanando

Lima, 26 de octubre de 2022

Proceso de atención de enfermería a paciente con Síndrome de Guillan Barré del Departamento de Neurodegenerativas de un instituto especializado de Lima, 2021

Lic. Katherine Navarro Sulca^a Mg. Katherine Mescua Fasanando^b

^a Autor del trabajo Académico, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú

^b Asesora del Trabajo Académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, Perú

Resumen

El síndrome de Guillan Barré es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por presentar una debilidad motora progresiva, disminución y ausencia de reflejos profundos. El objetivo es gestionar el cuidado integral al paciente con síndrome de Guillan Barré en el departamento de Neurodegenerativas de un instituto especializado. Para la recolección de datos se utilizó el marco de valoración por patrones funcionales de Maryorie y Gordon, con el que se identificaron los diagnósticos y se priorizaron los siguientes: Dolor agudo r/c lesión por agentes biológicos evidenciado por expresión facial del dolor y referencia del dolor calificado en intervalo 7 según la escala de EVA; Estreñimiento r/c movilidad física deteriorada evidenciado por disminución de la frecuencia de deposiciones, abdomen distendido; Riesgo de lesión por presión en adultos según lo evidenciado por cuadriplejía. Se propone un plan de cuidados de enfermería y se ejecutan las intervenciones y actividades específicas. Por último, se procede a la evaluación a través de la diferencia de puntuaciones basales y finales. Como resultado de las intervenciones administradas, se obtuvo una puntuación de cambio +1, +2, 0. Se concluye que de acuerdo a las necesidades presentadas del paciente se gestionó el Proceso de atención de enfermería en sus 5 etapas lo que permitió brindar un cuidado de calidad a la paciente.

Palabras clave: Proceso de atención de enfermería, Guillan Barré

Abstract

Guillan Barré syndrome is an autoimmune disease characterized by progressive motor weakness, decreased and absent deep reflexes. The objective is to manage comprehensive care for patients with Guillan Barré syndrome in the Neurodegenerative department of a specialized institute. For data collection, the Maryorie and Gordon functional pattern assessment framework was used, with which the diagnoses were identified and the following were prioritized: Acute pain r/c injury by biological agents evidenced by facial expression of pain and reference of the pain classified in interval 7 according to the VAS scale; Constipation r/c impaired physical mobility evidenced by decreased stool frequency, distended abdomen; Risk of pressure injury in adults as evidenced by quadriplegia. A nursing care plan is proposed and specific interventions and activities are carried out. Finally, the evaluation is carried out through the difference of baseline and final scores. As a result of the interventions administered, a change score +1, +2, 0 was obtained. It is concluded that according to the needs presented by the patient, the nursing care process was managed in its 5 stages, which allowed providing care quality to the patient.

Keywords: Nursing care process, Guillan Barré

Introducción

A nivel mundial, de cada 100 mil habitantes su incidencia es de 0.8 – 1.89 casos por año, y en Perú la incidencia anual es de 300 a 600 casos; afecta en su mayoría a adultos en edad promedio de 40 años y predominantemente en varones. En el año 2019, en el norte de Perú (Piura), ocurrió un brote de casos de SGB extendiéndose posteriormente a otras regiones: Lambayeque, La libertad y Junín declarándose una alerta epidemiológica (Burga Bravo & Madalengoitia Rangel, 2019) .

El síndrome de Guillan Barré es una enfermedad autoinmune que se presenta con una debilidad motora progresiva, disminución y ausencia de reflejos profundos, se ha evidenciado que, en dos tercios de los casos, los síntomas aparecen posterior a una infección respiratoria o gastrointestinal (Munayco Cesar, 2019).

Entre los agentes infecciosos relacionados a la aparición de este síndrome son los siguientes: *Campylobacter jejuni*, *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma 2 pneumoniae*, Citomegalovirus, virus de Eipstein Barr, virus del dengue, virus Zika, entre otros (Alva Diaz & Pacheco , 2019).

Los síntomas empiezan con adormecimiento en los dedos de los pies y en manos, también suele presentarse dolor en la región lumbar baja o en piernas, seguido de debilidad muscular simétrica, la pérdida de sensibilidad puede estar o no estar.

La debilidad muscular causada por el SGB tiende a progresar rápidamente, suele comenzar en las piernas, y avanzar a otras partes, la debilidad puede variar desde una dificultad para caminar y evolucionar hasta una parálisis completa de los músculos. En casos más severos la debilidad afecta a los músculos respiratorios y deglución requiriendo así apoyo ventilatorio el cual representa el 30% de los casos (Burga Bravo & Madalengoitia Rangel, 2019).

El tratamiento específico consiste en la administración de inmunoglobulinas y el recambio plasmático(plasmaféresis); ambas técnicas son efectivas siempre y cuando se aplique en etapa inicial de la enfermedad. El objetivo es modificar la respuesta inmunológica, celular y humoral. En el caso del recambio plasmático (RPT) es eficaz dentro de las primeras cuatro semanas, principalmente en los primeros siete días. Este procedimiento se debe realizar siempre que se cuente con el equipo e insumos, así como personal capacitado (Guevara Silva et al, 2021). Por otra parte, es necesario brindar medidas de soporte como el monitoreo de las constantes vitales, manejo del dolor, colocación de sonda nasogástrica si se presenta disfagia, soporte ventilatorio si requiere (con intubación orotraqueal o traqueostomía), profilaxis de trombosis venosa profunda.

Aunque el 80% de los pacientes logran recuperarse, el 15 % pueden desarrollar alguna secuela neurológica permanente; si bien el pronóstico es bueno, una rápida actuación en el diagnóstico, tratamiento y los cuidados hospitalarios disminuirá la severidad de las secuelas y la mortalidad. El 5% de los pacientes morirá debido a las complicaciones, las principales causas: distrés respiratorio, infecciones, broncoaspiración, neumonía nosocomial (Ordoñez Perez , 2020).

Por lo expuesto, es importante brindar una atención integral al paciente con síndrome de Guillan Barré debido a la rápida evolución de la enfermedad y gravedad de las complicaciones para ello requiere la participación de un equipo multidisciplinario (Arenas Vargas , 2017).

El papel de la enfermera es fundamental en la recuperación de los pacientes con síndrome de Guillan Barré debido a la complejidad de la enfermedad se necesita un plan de cuidado individualizado que permita responder a todas las necesidades. El profesional de enfermería enfoca su trabajo en el cuidado humano basado en el PAE, por medio del cual diagnostica,

planifica, ejecuta y evalúa sus acciones; también considera la integralidad, totalidad, seguridad, así como la continuidad requerida por el sujeto de cuidado en diferentes momentos y en diferentes escenarios (Miranda Limachi et al., 2019).

Por ello, es de vital importancia la aplicación del Proceso de atención de enfermería, como instrumento en el quehacer del enfermero. Permite asegurar la calidad de los cuidados del paciente hospitalizado; asimismo, ayuda a realizar un plan de cuidados de manera racional lógica y sistemática en los pacientes con este tipo de patología atendiendo de manera oportuna y precisa a los problemas identificados (Arenas Vargas, 2017).

Metodología

El enfoque es cualitativo, tipo estudio de caso, método el proceso de atención de enfermería que es un método ordenado y sistemático que permite obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería (Pérez, 2002). El sujeto del estudio fue una mujer de 37 años, diagnosticada con síndrome de Guillan Barré seleccionada a conveniencia. Se realizó en el servicio de neurología. El periodo de estudio fue en el mes de marzo del 2021. La recogida de información se realizó a través de la observación y la entrevista. El instrumento fue el Marco de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon. Para el procesamiento de los datos, según los patrones afectados, se seleccionaron tres diagnósticos que se elaboraron en base a la taxonomía NANDA Internacional Edición 2018 – 2020; luego se elaboraron los objetivos y las intervenciones en base a la taxonomía NOC-NIC; se realizó la ejecución de las intervenciones cuya evaluación de resultados; se realizó mediante la diferencia de puntuaciones finales y basales.

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos generales.

Nombre: J. D. C

Edad: 37 años

Días de hospitalización: 21 días

Horas de atención: 12 horas

Fecha de valoración: 16 / 03/2021 hora: 8: 00 a.m.

Motivo de ingreso: Paciente de 37 años es traída del servicio de Emergencia, despierta, orientada en tiempo, espacio y persona, ventilando espontáneamente, murmullo en ACP, obedece ordenes, cuadripléjica, presenta una vía periférica en MSD perfundiendo cloruro de sodio XXX ´, abdomen distendido, micción espontanea en pañal.

Valoración por patrones funcionales.

Patrón I: Percepción – manejo de la salud.

Paciente adulta con antecedente de nefropatía diabética diagnosticada hace 5 años, niega antecedentes familiares de enfermedad, Niega alergias a medicamentos. Con respecto a sus estilos de vida no practicaba deporte, consume pocas frutas y verduras, en regular estado de higiene.

Patrón II: Nutrición metabólico.

Paciente con mucosas hidratadas, con buena deglución, tolera dieta por vía oral sin dificultad, niega náuseas, con buen apetito, indicación de dieta blanda + LAV, abdomen distendido. Piel hidratada, integra y libre de lesiones.

Patrón III: Eliminación.

La paciente no presenta deposiciones hace 4 días; presenta abdomen distendido globuloso, timpánico a la percusión, tiene indicación de laxantes (lactulosa) c/8hrs.

Paciente con micción espontánea, controla esfínteres, orina clara con diuresis 600 en 6 horas.

Patrón IV: Actividad – ejercicio

Actividad respiratoria: F.R: 20 x', ventila espontáneamente FiO2 21%, tórax normal simétrico, a la auscultación murmullo vesicular en ACP sin ruidos sobreagregados.

Actividad circulatoria: P.A: 108/72 mm Hg, pulso: 83 x' de forma regular; además de pulso periférico en rangos normales. A la observación no se evidencia edema de miembros superiores e inferiores. Presenta vía periférica en dorso de mano derecha para tratamiento.

Actividad capacidad autocuidado: Paciente cuadripléjica, se le ayuda en sus necesidades básicas: vestir, comer y baño. Grado de dependencia III.

Patrón V: Sueño – descanso.

Paciente duerme a intervalos, tiene indicado medicación para dormir clonazepam 0.5 mg en las noches.

Patrón VI: Cognitivo – perceptivo.

Orientada tiempo, espacio y persona, pupilas foto reactivas isocoras, escala de Glasgow 15 puntos. Paciente refiere mucho dolor y adormecimiento de miembros inferiores con una puntuación de EVA = 7/10, se observa facies de dolor.

Patrón VII: Autopercepción – Auto concepto.

Paciente refiere: “no puedo moverme, no puedo hacer nada”; además de sentirse triste y afligida por encontrarse hospitalizada y lejos de su hijo.

Patrón VIII: Relaciones – rol.

Recibe visita de esposo y familiares, tiene buena relación con ellos, goza de la compañía de sus familiares durante su hospitalización.

Patrón IX: Sexualidad /reproducción.

Genitales en regular estado de higiene.

Patrón X: Adaptación – tolerancia a la situación y al estrés.

La paciente refiere sentirse preocupada por su estado de salud.

Patrón XI: Valores y creencias.

Los familiares refieren: “soy cristiana y creo mucho en Jesucristo”.

Diagnósticos de enfermería priorizados**Primer Diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: Dolor agudo

Factores relacionados: Lesión por agente biológico

Enunciado diagnóstico: Dolor agudo r/c lesión por agentes biológicos evidenciado por expresión facial del dolor y referencia del dolor calificado en intervalo 7 según la escala de EVA.

Segundo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: estreñimiento.

Factores relacionados: movilidad física deteriorada.

Enunciado diagnóstico: estreñimiento r/c movilidad física deteriorada evidenciado por disminución de la frecuencia de deposiciones, abdomen distendido.

Tercer diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de lesión por presión en adultos.

Factor de riesgo: cuadriplejía.

Enunciado diagnóstico: riesgo de lesión por presión en adultos según lo evidenciado por cuadriplejía.

Planificación

Plan de cuidados (ver anexo 1)

Primero diagnóstico.

NANDA (00132) Dolor agudo r/c lesión por agentes biológicos evidenciado por expresión facial del dolor y referencia del dolor calificado en intervalo 7 según la escala de EVA.

Resultados esperados.

NOC [2102] Nivel del dolor.

Indicadores:

210201 Dolor referido

210204 Duración de los episodios del dolor

210206 Expresiones faciales de dolor

210223 Irritabilidad

Intervenciones de enfermería.

-NIC [1410] Manejo del dolor.

Actividades

1410 01 Realizar valoración exhaustiva: localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad

1410 02 Monitorizar el dolor incluyendo escalas de medición

1410 03 Administrar analgésicos según indicación médica

1410 04 Valorar el efecto del analgésico

1410 05 Colocar en posición antálgica

Segundo diagnóstico.

NANDA (00011) Estreñimiento r/c movilidad física deteriorada evidenciado por disminución de la frecuencia de deposiciones, abdomen distendido.

Resultados esperados.**NOC [0501] Eliminación intestinal.****Indicadores:**

050101 Patrón de eliminación

050112 Facilidad de eliminación de heces

050129 Ruidos abdominales

050110 Estreñimiento

Intervenciones de enfermería.***NIC [0450] Manejo del estreñimiento.*****Actividades:**

0450 01 Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento

0450 02 Auscultación y palpación del abdomen en busca de alteraciones, peristaltismo

0450 03 Identificar factores que causan el estreñimiento

0450 04 Fomentar el aumento en la ingesta de líquidos y dieta rica en fibra

0450 05 Administración de laxantes según indicación medica

0450 06 Colocación de enema si procede

Tercer diagnóstico.

(00249) Riesgo de lesión por presión en adultos según lo evidenciado por cuadriplejía

Resultados esperados.

NOC [1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

Indicadores:

110111 Perfusión tisular

110113 Integridad de la piel

Intervenciones de enfermería.

NIC [3540] Prevención de las úlceras por presión.

Actividades:

3540 01 Valoración del riesgo utilizando escalas validadas (NORTON)

3540 02 Registrar en historia clínica la valoración del riesgo

3540 03 Valorar el estado de la piel diariamente

3540 04 Higiene diaria del paciente

3540 05 Cambios posturales cada 2 horas

3540 06 Minimizar la fricción y cizallamiento en los cambios posturales

3540 07 Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas

3540 08 Utilizar dispositivos que protejan prominencias óseas

3540 09 Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas

3540 10 Colocar colchón /cama terapéutica adecuados

Evaluación

En cuanto a la evaluación se obtuvo los resultados esperados según como se indica a continuación:

Primer diagnóstico: Dolor agudo r/c lesión por agentes biológicos evidenciado por expresión facial del dolor y referencia del dolor calificado en intervalo 7, según la escala de EVA.

NOC: Puntuación de cambio: **+1**, Así mismo se observó logros en los indicadores, a saber:

210201 El dolor referido se encontraba en puntuación 3 (moderado) y luego de las intervenciones se encontró en la puntuación 5 (ninguno), logrando una puntuación de cambio de +2.

210204 La duración de los episodios del dolor se encontraba en puntuación 3 (moderado) y luego de las intervenciones alcanzo una puntuación 4 (leve), logrando una puntuación de cambio de +1.

210206 La expresión facial de dolor. Se encontraba en puntuación 3 (moderado) y luego de las intervenciones se encontró en puntuación 5 (ninguno), logrando una puntuación de cambio +2.

210223 La irritabilidad. Se encontraba en puntuación 3 (moderado) y luego de las intervenciones se encontró en puntuación 5 (ninguno), logrando una puntuación de cambio de +2.

Segundo diagnóstico: Estreñimiento r/c movilidad física deteriorada evidenciado por disminución de la frecuencia de deposiciones, abdomen distendido.

NOC: Puntuación de cambio: **+2**, asimismo, se observó logros en los indicadores a saber.

050101 El Patrón de eliminación, se encontraba en puntuación 3 (moderadamente comprometido) y luego de las intervenciones se logró una puntuación 5 (no comprometido), logrando una puntuación de cambio +2.

050112 La facilidad de eliminación de heces, se encontraba en puntuación 3 (moderadamente comprometido) luego de las intervenciones se obtuvo una puntuación 4 (levemente comprometido), logrando una puntuación de cambio +1.

0501290 Los ruidos abdominales, se encontraba en puntuación 4 (levemente comprometido) y luego de las intervenciones se logró una puntuación 5 logrando una puntuación de cambio de +1.

050110 El estreñimiento. Se encontraba en puntuación 2 (sustancial) y luego de las intervenciones se logró una puntuación de 5 (ninguno), logrando una puntuación de cambio +3.

Tercer diagnóstico: Riesgo de lesión por presión en adultos según lo evidenciado por cuadriplejía.

NOC: Puntuación de cambio: 0

11011 La perfusión tisular, se encontraba en puntuación 5 (no comprometido) luego de las intervenciones se logró mantener la puntuación 5, logrando una puntuación de cambio 0.

110113 Integridad de la piel, se encontraba en una puntuación 5 (no comprometido), luego de las intervenciones se mantuvo en la misma puntuación 5, finalmente una puntuación de cambio 0.

Resultados

Se identificaron 6 diagnósticos y siendo priorizados solo 3 los cuales son: Dolor agudo, Estreñimiento y Riesgo de úlceras por presión como resultado de las intervenciones administradas se obtuvo las puntuaciones de cambio de: +1, +2, 0.

Discusión

Dolor agudo

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial (Perez Fuentes, 2020).

Según el tipo de dolor, está el dolor agudo, el cual se define como una respuesta normal fisiológica y predecible del organismo ante un estímulo adverso ya sea químico, físico, o traumático. Es de corta duración menor a 6 meses y desaparece cuando se cura o cicatriza el tejido lesionado inicialmente, generalmente el dolor es localizado (Rojo Rodríguez et al. 2018).

Por otro lado, NANDA (2021 – 2023) refiere que su aparición es de manera repentina y está asociado a daño tisular con una intensidad que cursa desde leve a grave con un final predecible y una duración inferior a 3 meses. El dolor es un síntoma presente en el 85 % de los pacientes con síndrome de Guillan Barré en cualquiera de sus tipos de presentación, y puede aparecer en cualquier etapa de la enfermedad, tal como aparecer antes del inicio de la debilidad muscular, en la fase activa de la enfermedad o hasta incluso persistir 1 año después, suele ser de intensidad moderada a severa (Salazar, 2018).

En cuanto al factor relacionado, según NANDA, el dolor agudo es provocado por los siguientes factores relacionados: agente de daño biológico, agente de lesiones físicas y uso inadecuado de agente químico. En el presente caso de la paciente, el factor relacionado correspondiente a este diagnóstico. Es el agente de daño biológico puesto que el dolor en el síndrome de Guillan Barré es producto de un proceso inflamatorio o daño en las fibras sensitivas mielinizadas de los nervios motores ocasionando síntomas disestésicos como hormigueo, ardor, calambres, así como al dolor muscular en las extremidades, de tipo neuropático o dolor lumbar

bajo profundo punzante con irradiación a los glúteos, pantorrillas. Por otra parte, el dolor muscular y las artralgias posiblemente están más relacionadas con la inmovilización que conlleva el síndrome (Leonhard & Mandarakas, 2021).

La paciente en estudio presentaba dolor en los miembros inferiores de nivel 6 según EVA acompañado de calambres así mismo tenía una cuadriparesia que le impedía moverse por sí misma por lo que los dolores eran muy frecuentes en las extremidades y zona lumbar. El dolor es un síntoma característico en estos pacientes ocasionado por un proceso inflamatorio que ataca a los nervios periféricos, por lo que se debe prestar una especial atención.

Frente a lo ya expuesto se realizaron las siguientes intervenciones de enfermería, que tiene como fin disminuir el dolor en el paciente:

Realizar la valoración del dolor: localización, duración, frecuencia e intensidad; una correcta valoración permite planificar el tratamiento adecuado para cada paciente. Para valorar la intensidad del dolor, se utilizó la escala visual analógica EVA. Su clasificación es 0-2 dolor leve, 3-7 dolor moderado, 8-10 dolor intenso (Rojo Rodriguez et al., 2018). La paciente refirió un valor de 7/10; por lo tanto, es un dolor moderado el que presenta en la valoración inicial, el dolor se localizaba en zona lumbar y los miembros inferiores acompañado de calambres.

Asimismo, los cambios posturales también son necesarios en muchas ocasiones para conseguir posturas antiálgicas que mejoran el dolor. Los movimientos pueden modificar la intensidad del dolor en los que el paciente tiende a la inmovilidad (Ruiz et al., 2016). El paciente en estudio presenta una cuadriparesia y refería dolor en los miembros inferiores al estar en una sola posición por mucho tiempo; por ello, este tipo de maniobra nos permite colocarlo en posición antiálgica para aliviar la tensión muscular, disminuir presión en la zona y aliviar el dolor.

Se le administraron los siguientes analgésicos prescritos: Codeína 60 mg c/ 12h y Gabapentina 300 mg c/8hr; la administración de analgésicos tiene como finalidad el alivio o disminución del dolor. La Codeína es un opioide con una eficacia relativamente baja e impredecible, se fijan a receptores específicos en el SNC y producen analgesia (Blanco Tarrío, 2010). La Gabapentina está indicada en el tratamiento del dolor neuropático periférico, actúan uniéndose a la subunidad alfa2-delta de los canales de calcio-voltaje dependientes (Vallejos Narvaez, Ruano, & Avila, 2015).

Y, por último, evaluar la eficacia de los analgésicos administrados en intervalos regulares y tras una modificación de la dosis, la vía o el momento de la toma. Se recomienda un cambio de analgésicos cuando los actuales no alivien el dolor (Amatriain Marturet, 2019).

Estreñimiento

El estreñimiento consiste en una alteración en la frecuencia de la evacuación de las heces (superior a 48-72 horas) con endurecimiento anormal, disminución en el volumen o la retención en el recto por un largo periodo. Asimismo, puede aparecer distensión y dolor abdominal, indigestión, sensación de vaciamiento incompleto. (Calviño Garcia & Hermosin Alcalde, 2017).

También, se define como un trastorno del hábito intestinal que se caracteriza por defecaciones infrecuentes, escasas y una dificultad en la evacuación (Calvo Campagna., 2021).

Por su parte, NANDA (2021 – 2023) define el estreñimiento como la evacuación de heces poco frecuente o difícil, asimismo se menciona las siguientes características definitorias: heces duras, necesidad de maniobras manuales para facilitar la defecación, esfuerzo con la defecación.

Existen factores relacionados para el estreñimiento, en el paciente en estudio se determinó como factor a la movilidad física deteriorada, puesto que algunas enfermedades del

sistema nervioso central, periférico o neuromusculares afectan la movilidad física haciendo más vulnerables a estos pacientes a estreñirse, como es el caso del paciente en estudio que presenta una cuadriplejia y debilidad de los músculos dificultando la evacuación intestinal (Calvo Campagna et al., 2021).

Frente a esto, las intervenciones de enfermería en este diagnóstico están encaminada a lograr eliminación intestinal. Por ello, como primera medida, se debe valorar en cada turno los patrones de eliminación como la frecuencia, cantidad y consistencia de las heces; ya que mediante esta acción se determinará el grado de estreñimiento presente y aplicar la terapéutica oportuna (Calviño Garcia & Hermosin Alcalde, 2017).

Realizar una exploración física exhaustiva, incluye la exploración abdominal, la inspección perineal (basal y dinámica) y el tacto rectal; esta medida permite detectar masas, timpanismos, ruidos intestinales u otros. En el caso de la paciente en estudio, refirió no hacer deposiciones hace 4 días, presentaba el abdomen distendido y a la auscultación ruidos hidroaéreos presentes (Calvo Campagna et al., 2021).

Proporcionar una dieta rica en fibra e ingesta de líquidos, la fibra aumenta el volumen de las deposiciones y acelera el tránsito intestinal, favoreciendo el incremento del ritmo defecatorio, efectos pro motilidad y ablandamiento de las deposiciones facilitando por ende la evacuación (Rojas Guerra, 2019).

Como medida terapéutica la paciente tenía indicado lactulosa c/ 12 hrs, y colocación de enema. El primero es un laxante con efecto osmótico aumenta el contenido de agua en la luz intestinal y, por lo tanto, se consigue una disminución de la consistencia de las heces y un aumento de su volumen, lo cual estimula la motilidad colónica. El enema se realiza con la finalidad de permitir la evacuación o eliminación de heces (Calvo Campagna et al., 2021).

Riesgo de lesión por presión en adultos

NANDA (2021- 2023) lo define como susceptible a lesiones localizadas en la piel o el tejido subyacente, como resultado de la presión, o la presión en combinación con el cizallamiento.

Para Abad Garcia et al. (2017), son lesiones de origen isquémico localizada en la piel y/o tejido subyacente, producto de la presión mantenida principalmente sobre prominencias óseas, iniciándose un proceso de isquemia tisular que impide la llegada de oxígeno y nutrientes a la zona afectada. Si la presión se mantiene se produce la necrosis y la muerte tisular.

Existen factores que predisponen a la aparición de las UPP, estos se clasifican en intrínsecos y extrínsecos: Los factores intrínsecos provienen de las características inherentes del propio paciente: la edad avanzada, la presencia de comorbilidades, déficits nutricionales, inmovilidad entre otros. En cuanto a los factores extrínsecos, están relacionados con el entorno del paciente por ejemplo presión, fricción, roce o frotamiento, cizallamiento, humedad (Ayerbe CCama et al., 2017).

Por otro lado, NANDA hace mención a la disminución de la movilidad como factor relacionado para el riesgo de UPP y como condición asociada la inmovilidad física. De acuerdo con Villanueva De la cruz (2019), la inmovilidad es una de las principales causas de riesgo de desarrollo de UPP en pacientes hospitalizados de larga permanencia. La inmovilidad es la pérdida de la capacidad de desplazarse de manera autónoma, suele estar afectada por factores externos o por enfermedades neurológicas que afectan la sensibilidad o la función motora, dependiendo de la zona de afectada en el cerebro puede existir hemiplejia, hemiparesias, paraplejias o cuadriplejia.

La paciente en estudio presenta un déficit motor, por lo tanto, una incapacidad para moverse como consecuencia de la debilidad muscular ocasionado por la enfermedad neurológica actual, la paciente presenta un estado de postración prolongado por lo tanto necesita ayuda de agentes externos para moverse y satisfacer sus necesidades básicas: baño, comer, vestir es completamente dependiente lo cual lo vuelve más susceptible de presentar úlceras por presión.

Frente a lo expuesto, se debe realizar las siguientes intervenciones con el objetivo de mantener la integridad tisular: piel y membranas.

Como primera medida se debe realizar la valoración de riesgo de UPP. Esta medida tiene como finalidad detectar precozmente a aquellos pacientes con riesgo de desarrollar UPP, constituye por ende un aspecto importante en la prevención (Abad Garcia et al., 2017).

La aplicación de escalas de valoración validadas permite determinar una puntuación en base a una serie de parámetros considerados como factores de riesgo. En el caso de la paciente, se utilizó la escala Norton la cual evalúa 5 aspectos: estado físico, estado mental, movilidad, actividad e incontinencia, se obtuvo una puntuación final de 9 puntos considerándolo dentro del rango de alto riesgo de presentar UPP.

Observar el estado de la piel frecuentemente en busca de zonas de enrojecimiento o presión. La postración prolongada produce isquemia y falta de oxigenación de la piel y la posterior aparición de la úlcera por presión por ello se debe vigilar minuciosamente las zonas de presión o puntos de apoyo de las prominencias óseas para verificar su integridad o encontrar precozmente alguna alteración en su estructura (Villanueva De la cruz, 2019).

Realizar el baño del paciente diariamente mantener la piel seca y aplicar crema hidratante, el cuidado de la piel es una medida indispensable en la prevención de la aparición de

UPP puesto que la hidratación de la piel ayuda a que esta mantenga su elasticidad y su función de barrera y reducir el riesgo de daños en la misma (Gonzales Consuegra et al., 2017).

Además, eliminar el exceso de humedad en la piel puesto que la humedad aumenta el riesgo de desarrollar UPP en zonas sometidas a presión por ello se debe valorar aquellos factores que pueden originar un exceso de humedad en la piel como: incontinencia, sudoración profusa, drenajes, exudado de heridas, etc. (Abad Garcia et al., 2017).

Realizar cambio de posición postural cada 2 horas, se lleva a cabo para reducir la duración y la magnitud de la presión sobre aquellas zonas vulnerables del cuerpo; asimismo, es muy importante al movilizar a la persona, evitar la fricción y los movimientos de cizalla (Abad Garcia et al., 2017).

Utilizar medios complementarios que amortigüen la presión y eviten el contacto directo de las prominencias óseas: cojines, apósitos, y colchón anti escaras. Teniendo en cuenta que sólo es materia complementaria y que no sustituye a la movilización (Cienfuegos Da Silva & Saavedra Covarrubia, 2019).

Asegurar una nutrición adecuada, especialmente de proteínas; esto favorece la cicatrización de las UPP e incluso para evitar su aparición. Se ha comprobado en estudios la relación que existe entre la malnutrición y la aparición de la UPP (Ayerbe CCama et al., 2017).

Conclusiones

Se logró gestionar el proceso de atención de enfermería en sus cinco etapas, lo que permitió brindar un cuidado de calidad al paciente con este tipo de diagnóstico médico.

El desarrollo de la primera etapa permitió identificar los problemas presentes en el paciente para la formulación de resultados y con ello, la ejecución de un plan de cuidados individualizado en un paciente con síndrome de Guillan Barré.

El proceso de atención de enfermería permite abordar de manera integral el tratamiento y recuperación del paciente

Referencias bibliográficas

- Abad Garcia, R., Aguirre Aranaz, R., & Arizmendi Perez, M. (2017). *Guia de actuacion para la prevencion y cuidados de las ulceras por presion* . Obtenido de https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publicos/adjuntos/enfermeria/UPP_es.pdf
- Alva Diaz, C., & Pacheco, B. K. (2019). Guia de practica clinica para el diagnostico y tratamiento del paciente con sindrome de Guillan Barré. *Neurologia de Argentina*, 36-48.
- Amatriain Marturet, A. (2019). *Manejo y plan de cuidados en el paciente con dolor* . Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/manejo-y-plan-de-cuidados-en-el-paciente-con-dolor/>
- Arenas Vargas, V. (2017). *cuidados de enfermeria al paciente con Sindrome de Guillan Barré hospitalizado en UCI,HR. Cusco 2017*. Obtenido de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/6935>
- Ayerbe CCama, K. J., Hancoccallo Paco, M. E., & Yallerco Andia, M. (2017). Factores de riesgo asociados a la presencia de ulceras por presion en pacientes postrados en la unidad de cuidados intensivos de la clinica Good Hope.
- Baron Burgos, M., Caparros Cervantes, A., & Benitez Ramirez, M. (2015). *Guia para la prevencion y manejo de las UPP y heridas cronicas*. Obtenido de https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2015/10/Guia_Prevention_UPP.pdf
- Blanco Tarrío, E. (2010). *Tratamiento del dolor agudo*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359310002133>
- Burga Bravo, A., & Madalengoitia Rangel, S. M. (2019). Características clínica y epidemiológicas de pacientes con síndrome de Guillan Barré atendidos en el servicio de

- medicina física y rehabilitación, 2019. *Revista Cuerpo medico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 32-36.
- Calleja Peredo, C. (2005). *Estreñimiento . Regulacion intestinal* . Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-estrenimiento-regulacion-intestinal-13072098>
- Calviño Garcia, I., & Hermosin Alcalde, A. (2017). *Estreñimiento . Cuidados de enfermería* . Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/estrenimiento-cuidados-enfermeria/>
- Calvo Campagna, R., Escudero Jimenez, M., & Ibañez Molero, R. (2021). *Actuacion de enfermería en paciente con estreñimiento*. Obtenido de <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/actuacion-enfermera-en-paciente-con-estrenimiento/#:~:text=%E2%80%93Instruir%20al%20paciente%2Ffamilia%20sobre,laxantes>).
- Cienfuegos Da Silva, K. P., & Saavedra Covarrubia, M. E. (2019). Cuidado de enfermería en la prevención de úlceras por presión en adultos del servicio de medicina interna de un hospital local, Chiclayo . Chiclayo, Peru.
- Gonzales Consuegra, R., Hernandez Sandoval, Y., & Matiz vera, G. (2017). *Revista Cubana de enfermería :Estrategias de enfermería para prevenir lesiones de piel en personas con riesgo de padecerlas*. Obtenido de <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/954/294>
- Guevara Silva, E., Castro Suarez, S., & Caparo Zamalloa, C. (febrero de 2021). Características clínicas y respuesta al recambio plasmático terapéutico en los pacientes con síndrome de Guillan Barré . *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 89-94.

- Hoyos Gutierrez, J. B., Leal Arenas, F., & Milena Antolinez, A. (2016). El dolor en el síndrome de Guillan Barré ¿ un sintoma subtratado? *Revista Colombiana de Medicina Fisica y Rehabilitacion*, 156-162.
- Jose, P. (2020). *conocimiento y medidas preventivas sobre el síndrome de guillar barre en adultos de la comunidad Victor Andres Belaunde 2020*. Lima, Peru .
- Jose, P. (2020). *conocimiento y medidas preventivas sobre síndrome de Guillan Barré en adultos de la comunidad Alberto Garcia Belaunde 2020*. lima peru .
- Juan del Arco . (2015). *Curso basico sobre dolor : fisiopatologia, clasificacion y tratamiento* .
Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-curso-basico-sobre-dolor-tema-X0213932415727485>
- Leonhard, S., & Mandarakas, M. (2021). *Guia basada en la evidencia .Diagnostico y manejo del síndrome de Guillan Barré en diez pasos*. Obtenido de <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol81-21/n5/817.pdf>
- Loayza Alarico, M. J., & Cruz Vargas, D. A. (2019). *Brote epidemico de síndrome de Guillan Barré en el Peru Junio 2019*. Obtenido de <https://doi.org/10.21149/10731>
- Lucas Alonso, P. (2016). *Diagnosticos de enfermeria en ulceras por presion* . Obtenido de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/20462/TFG-O%20857.pdf?sequence=1>
- Lucas Alonso, P. (2016). *Diagnosticos de enfermeria en ulceras por presion* . Obtenido de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/20462/TFG-O%20857.pdf?sequence=1>
- Miranda Limachi, K., Rodriguez Nuñez, Y., & Cajachagua Castro, M. (2019). *Proceso de Atencion de enfermeria como instrumento de cuidado, significado para estudiantes de ultimo curso*. Obtenido de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000400374#aff1

- Munayco Cesar, S. M. (2019). Epidemiología del Síndrome de Guillan Barré. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 11.
- Nieto Garcia, A. (2016). *Plan de cuidados estandarizados a pacientes con síndrome de Guillan Barré en la unidad de cuidados intensivos*. Obtenido de <https://zagan.unizar.es/record/90381/files/TAZ-TFG-2017-635.pdf>
- Ordoñez Perez, A. (Mayo de 2020). *Proceso de enfermería en un escolar con Síndrome de Guillan Barré*. Obtenido de <https://repositorioinstitucional.buap.mx/>
- Perez Fuentes, J. (2020). *Version actualizada de la definición de dolor de la IASP : un paso adelante o un paso atras*. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v27n4/1134-8046-dolor-27-04-00232.pdf>
- Peris Armero, A., & Gonzales Chorda, V. (Diciembre de 2018). Prevención de úlceras por presión en el paciente encamado : nuevas evidencias. España.
- Rojas Guerra, M. (2019). *Proceso de atención de enfermería a paciente con cáncer de mama hospitalizada en el servicio de Mama y tumores blandos en un instituto oncológico de lima*. Obtenido de <https://repositorio.upeu.edu.pe/browse?type=author&value=Rojas+Guerra%2C+Madeleine>
- Rojo Rodríguez, E., Illodo Miramontes, G., & Vieito Amor, M. (2018). *Manual básico del dolor*. Obtenido de https://sgador.com/wp-content/uploads/2018/04/Manual-SGADOR-24x17_WEB_20-03.pdf

- Ruiz, Ruiz Garcia, V., & Gómez Tomas, A. (2016). *Valoracion y manejo del dolor en pacientes hospitalizados* . Obtenido de https://www.chospab.es/enfermeria/RNAO/guias/protocolo_valoracion_y_manejo_del_dolor_en_pacientes_hospitalizados.pdf
- Salazar, J., Añez, R., Espinoza, C., & Morocho, A. (2018). *Dolor en síndrome de Guillan Barré : Una manifestacion subestimada*. Obtenido de http://revecuatneurol.com/magazine_issue_article/dolor-sindrome-guillain-barre-manifestacion-subestimada-pain-guillain-barre-syndrome-underestimated-manifestation/
- Steinberg, J. (2012). *SGB :Una guia de atencion aguda para pofesionales medicos*. Obtenido de <http://www.gbs-cidp.org/wp-content/uploads/2013/08/AcuteCareICU13SP-Ed.pdf>
- Vallejos Narvaez, A., Ruano, C., & Avila, M. P. (2015). *Analgesicos en el paciente hospitalizado*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rccqf/v44n1/v44n1a08.pdf>
- Villanueva De la cruz, M. V. (2019). Factores de riesgo y presencia de úlceras por presión en adultos hospitalizados, en áreas críticas hospital María Auxiliadora. Lima, Lima, peru.

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
Dolor agudo r/c lesión por agentes biológicos evidenciado por expresión facial del dolor y referencia del dolor calificado en intervalo 7 según la escala de EVA	Resultado: nivel del dolor (2102)	3	Mantener en:	Intervención: Manejo del dolor agudo (1410)				4	+1
			Aumentar a: 4	Actividades					
	Escala: Grave (1) a ninguno (5)			1410 01 Realizar valoración exhaustiva : localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad	→	→	→		
	Indicadores			1410 02 Monitorizar el dolor incluyendo escalas de medición	→	→	→		
	2102 01 dolor referido	3		1410 03 Administrar analgésicos según indicación medica	→	→	→	4	
	2102 04 duración de los episodios del dolor	3		1410 04 Valorar el efecto del analgésico	→	→	→	4	
	2102 06 expresiones faciales de dolor	3		1410 05 Colocar en posición antiálgica	→	→	→	4	
	2102 23 irritabilidad	3		Intervención: Administración de analgésicos Cód. 2210 pág. 51				4	
				Actividades					
				2210 01 Determinar el analgésico preferido, vía de administración, y posología para conseguir buen efecto	→	→	→		
			2210 02 Evaluar la eficacia del analgésico	→	→	→			

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
Estreñimiento r/c debilidad de los músculos abdominales evidenciado por disminución de la frecuencia de deposiciones, abdomen distendido	Resultado: Eliminación intestinal Cód. 0501	3	Mantener en:	Intervención:				5	+2
			Aumentar a: 5	Actividades					
	Escala: Gravemente comprometido (1) a no comprometido (5)			0450 01 Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento	→	→	→		
	Indicadores			0450 02 Auscultación y palpación del abdomen en busca de alteraciones, peristaltismo	→	→	→		
	0501 01 Patrón de eliminación	3		0450 03 Identificar factores que causan el estreñimiento	→	→	→	5	
	0501 12 Facilidad de eliminación de heces	3		0450 04 Fomentar el aumento en la ingesta de líquidos y dieta rica en fibra	→	→	→	4	
	0501 29 Ruidos abdominales	4		0450 05 Administración de laxantes según indicación medica	→	→	→	5	
	Desviación grave del rango normal (1) a sin desviación del rango normal (5)			0450 06 Colocación de enema si procede	→	→	→		
	Indicadores								
050110 estreñimiento	3						5		

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
Riesgo de lesión por presión en adultos según lo evidenciado por cuadriplejía	Resultado: Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)	5	Mantener en:	Intervención: Prevención de las úlceras por presión (3540)				5	0
			Aumentar a: 5	Actividades					
	Escala: Gravemente comprometido (1) a no comprometido (5)			3540 01 valoración del riesgo utilizando escalas validadas (NORTON)	→	→	→		
	Indicadores			3540 02 registrar en historia clínica la valoración del riesgo	→	→	→		
	1101 11 Perfusión tisular	5		3540 03 Valorar el estado de la piel diariamente	→	→	→	5	
	1101 13 Integridad de la piel	5		3540 04 Higiene diaria del paciente	→	→	→	5	
				3540 05 Cambios posturales cada 2 horas	→	→	→		
				3540 06 Minimizar la fricción y cizallamiento en los cambios posturales	→	→	→		
				3540 07 Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas	→	→	→		
				3540 08 Utilizar dispositivos que protejan prominencias óseas	→	→	→		
			3540 09 Asegurar una nutrición adecuada	→	→	→			
			354010 colocar colchón /cama terapéutica adecuados						

Apéndice B: Guía de valoración

Fecha de ingreso: -----F. de ingreso servicio: ----- hora: ----- N° H.CL: -----
 Nombres y apellidos: -----Edad: -----N° cama: -----
 Procedencia: casa () referencia () consultorio () otros ()
 Condiciones de ingreso: caminando () silla de ruedas () camilla () otros : ----- DNI : -----
 Tipo de atención: SIS () SOAT () Otros () Dx medico : -----
 Talla : ----- Peso : ----- Grupo sanguíneo : ----- Antecedentes : -----
 Control de F.vitales : T ° : ----- F. C : ----- F.R : -----P/A : -----SAT : -----
 V. Subjetiva : -----
 v. objetiva : -----

PATRON I: PERCEPCION Y CONTROL DE LA SALUD

ANTECEDENTES Y/O CIRUGIAS:

HTA () DM () TBC () OTROS : _____
 cirugías () alergias () _____

FACTORES DE RIESGO

tabaco () alcohol () drogas () otros : _____

ESTADO DE HIGIENE

bueno () regular () mala ()

CONOCE SU ENFERMEDAD

SI () NO () relato : _____

PATRON II : ROL DE RELACIONES

OCUPACION: _____

ESTADO CIVIL: soltero () casado /a () conviviente () otros : _____

VIVE CON: _____

RECIBE APOYO DE: familiares () amigos () otros ()

PATRON III : VALORES Y CREENCIAS

Religión: _____

Restricciones: _____

PATRON IV : AUTOPERCEPCION – AUTOCONCEPTO TOLERANCIA AL ESTRÉS

ESTADO EMOCIONAL: temor () ansiedad ()

Negación () irritable () indiferencias ()

AUTOCONCEPTO Y AUTOIMAGEN

Relato : _____

PATRON V : PATRON DE SUEÑO

CONSUMO DE SOMNIFEROS SI () NO ()

ESPECIFIQUE: _____

ALTERACION DE SUEÑO: SI () NO ()

insomnio () somnolencia () hipersonmio ()

Especifique: _____

PATRON VI : PERCEPCION – COGNITIVO

NIVEL DE CONCIENCIA

Despierto () somnoliento () supor () coma ()

Otro : _____

Orientado LOTEPE () desorientado ()

Especifique : _____

ESCALA DE GLASGOW

AO (1) (2) (3) (4) ()

RV (1) (2) (3) (4) (5) ()

RM (1) (2) (3) (4) (5) (6) ()

VALORACION PUPILAR :

OD ___mm O.I ___m.m miosis () midriasis ()

Isocoricas () anisocoricas () Reactivas () arreactivas ()

hipoactivas () anopsias () Hemianopsia () amaurosis ()

ptosis parpebral OD () OI ()

Descripcion adicional : _____

ALTERACIONES:

AUDICION:

lenguaje: TQT () TET() disartria () afasia () ataxia ()

descripcion : _____

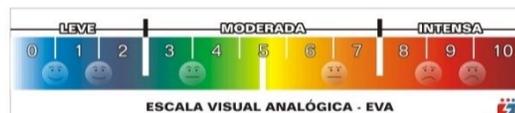
cuadriplejia () cuadriparesia () hemiplejia D () I ()

hemiparesia D () I () MONOPLEJIA MS : (D) (I)

M.I:(D) (I) monoparesia: MS (D) (I) M.I : (D) (I)

paraplejia ()

DOLOR



EVA _____

SEDOANALGESIA: SI () NO ()

DESCRIPCION: _____

DESCRIPCION : _____

RASS : ()

+4	Combativo
+3	Muy agitado
+2	Agitado
+1	Inquieto
0	Alerta y calmado
-1	Somnoliento
-2	Sedación leve
-3	Sedación moderada
-4	Sedación profunda
-5	Sin respuesta

PATRON VII: ACTIVIDAD Y EJERCICIO**ACTIVIDAD RESPIRATORIA**

normal () disnea () ortopnea () polipnea ()

taquipnea () bradipnea () apnea ()

APOYO DE OXIGENO

TQT () tet () venturi () CBN () Mreservorio ()

V.M () modo: _____ l/mint: _____ fio2 _____

descripción: _____

RUIDOS RESPIRATORIO

normal () sibilantes () estertores () roncales ()

crepitantes () uso de musculos accesorios : si () no ()

descripción: _____

drenaje toraxico - . si () no () descripción : _____

drenaje toraxico: si () no () descripción : _____

SECRECIONES BRONQUIALES SI () NO ()

características : _____

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

FC ____/MIN

pulso: normal () filiforme () intermitente ()

P/A : _____ MMHG

normotenso () hipertenso () hipotenso ()

ingurgitación yugular: si () no ()

llenado capilar <2 “ () >2 “ ()

edema : ubicación _____

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

INVASIVOS :CVC () CAF () CVP () FECHA : _____

CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

ACTIVIDAD	0	1	2	3
movilización en cama				
deambula				
ir al baño /bañarse				
Tomar alimentos				
vestirse				

Dependencia : 0-5 ()

Ayuda parcial : 6-9 ()

Independencia : 10-15 ()

Dispositivos de ayuda : baston () muletas () andador ()

Silla de ruedas () otros : _____

Sujeción mecánica : SI () NO ()

PATRON IX ELMINACION**INTESTINAL**

Normal () estreñimiento () resctorragia () melena ()

Frecuencia : _____

Diarrea SI () NO () liquida acuosa () semiliquida ()

uso de laxantes : SI () NO ()

VESICAL

Normal () hematuria () coluria () piuria ()

Controla esfinteres : SI () NO ()

Descripción : _____

Sonda foley : SI () NO ()

N° ____ FECHA _____ F. cambio _____

PATRON VIII . NUTRICIONAL METABOLICO**PIEL Y MUCOSAS**

coloración: normal () pálida () cianótico () piel

hidratada () seca () turgente ()

lesiones dérmicas : si () no ()

Descripción: _____

INTEGRIDAD CUTANEA: E. NORTON**ESCALA DE NORTON**

Estado Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Buena	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediana	Apático	Disminuida	Camina con Ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy Limitado	Sentado	Urinaria o fecal	2
Muy mala	Estuporosa Comatoso	Inmóvil	Encamado/a	Urinaria y Fecal	1

CLASIFICACION DE RIESGO

PUNTUACION DE 5 A 9

PUNTUACIÓN DE 10 A 12

PUNTUACIÓN DE 13 A 14

PUNTUACIÓN MAYOR DE 14

RIESGO MUY ALTO

RIESGO ALTO

RIESGO MEDIO

RIESGO MINIMO/NO RIESGO

DETERIORO DE LA I. CUTANEA: GRADO (I) (II)(III)(IV)(V)

Fecha de detección: _____

intrahospitalaria: SI () NO ()

Herida post operatoria: _____

apósitos: limpio /seco () hemático () seroso () serohemático ()

Descripción: _____

ALIMENTACION**Apetito** : normal () disminuido () inapetente () nauseas() vomitos () **pirosis** () **disfagia**()

Especifique : _____

Dentadura : complete () incomplete () protesis ()

Descripción : _____

Dispositivos : SNG () SNY ()

Tipo de dieta : complete () D.Blanda () D.Liquida ()

Abdomen : B/D () Distendido ()

R.Hidroaereos : Normal () ausente () incrementado ()

PATRON X : SEXUALIDAD – REPRODUCCION

Mujeres :

Menstruacion : Regular () Irregular () FUR ()

) _____

M. anticonceptivo : _____

Tto . ginecologico : _____

Molestias : _____

Varones

M.barrera SI () NO ()

Tto. urológico : _____

Molestias : _____

Restricciones terapeuticas : abstinencia SI () NO ()

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 de atención de enfermería a paciente con Síndrome de Guillan Barré del Departamento 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 L. P. CH. M. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Katherine Navarro Sulca, bajo la asesoría de la Mg. Katherine Mescua Fasanando. 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 dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y 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: _____

DNI: _____ Fecha: _____

Firma

Apéndice D: Escalas de evaluación

escala de Norton (Valoración de riesgo de úlceras por presión)

Estado físico General	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Deambula	Completa	No	4
Aceptable	Apático	Con ayuda	Algo limitada	Ocasional	3
Deficiente	Confuso	Silla de ruedas	Muy limitada	Habitual	2
Muy deficiente	Estuporoso o comatoso	Encamado	Inmóvil	Doble	1

La clasificación de riesgo sería:

Puntuación de 5 a 11: paciente de alto riesgo

Puntuación de 12 a 14: paciente de riesgo mediano o evidente

Puntuación de más de 14: paciente de riesgo bajo a no riesgo

Escala del dolor: Escala Visual Analógica (EVA)

