



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**VALIDACION DE UNA GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA SEGÚN
LA TEORIA DOROTHEA OREM EN EL PACIENTE CON SINDROME DE
GUILLAIN BARRE DURANTE LA FASE AGUDA - UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DE UN HOSPITAL NACIONAL**

**Trabajo Académico para optar el Título de Especialista en Enfermería en
Cuidados Intensivos**

Autores

Lic. Andrade Zúñiga, Sonia Clorinda.

Lic. Lazo Sánchez, Zoila Margarita.

Lic. Tabraj Flores, Omar William.

Asesora

Mg. Gianina Farro Peña

LIMA – PERU

2019

Mg. GIANINA FARRO PEÑA
ASESORA

Resumen

Objetivo: Determinar la validez de una guía de intervención de enfermería según la teoría de Dorothea Orem en el paciente con Síndrome de Guillain barre durante la fase aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos **El diseño de estudio** será de enfoque cuantitativo. La investigación se llevara a cabo en el Hospital Dos de Mayo. Cuya población cuenta con 30 enfermeros especialista y no especialista del área de cuidados intensivos. La técnica empleada es el instrumento elaborado por los investigadores adaptados por el formato de evaluación de expertos diseñado y proporcionado por la Universidad Peruana Cayetano Heredia para determinar la validez de la guía de intervención. La prueba de expertos será de manera individual y se aplicara la prueba binomial para el análisis de la concordancia y/o de acuerdo entre jueces en al cual se modificaran o incrementara el contenido de la guía de intervención según la sugerencia brindados por los expertos.

Palabras Claves: Guía de intervención, Síndrome de Guillain Barre, Teoría de Dorothea Orem.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA 2

CAPITULO II: PROPOSITO Y OBJETIVO DE ESTUDIO 5

CAPITULO III: MARCO TEORICO 6

CAPITULO IV: MATERIAL Y METODOS 16

CAPITULO V: CONSIDERACIONES ETICAS Y ADMINISTRATIVAS 19

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 22

ANEXOS 25

INTRODUCCION

El Síndrome de Guillan Barré es una neuropatía inflamatoria progresiva ascendente aguda, a menudo fulminante, de origen desconocido. La principal característica clínica es la debilidad muscular ocasionando parálisis generalizada en la fase aguda y afectando el sistema respiratorio cuya complicación es causa de muerte. El paciente en situación de emergencia con alto riesgo vital, es asistido en las Unidades de Cuidados Intensivos, donde muchas veces permanecen por periodos prolongados para su recuperación. En la actualidad, es una de las causas más frecuente de discapacidad de duración prolongada en todo el mundo y constituye una de las situaciones de emergencia graves por ser un síndrome devastador debido a su rápida e inesperada aparición **(1)**.

La unidad de cuidados críticos tiene como misión brindar atención altamente especializada al paciente, lo cual es indispensable contar con guías estandarizadas que contiene los lineamientos técnicos para la atención, a fin de garantizar un cuidado de calidad en los servicios brindados, cual disminuirá las diferencias del desempeño profesional dando lugar a intervenciones más efectivas. El propósito de contar con Guías de Intervención, es contar con parámetros que permitan valorar la calidad de la atención que se ofrece.

Las intervenciones de enfermería dirigidas a los cuidados especializados requieren de una base conocimientos científicos y tecnológicos. El modelo teórico de Dorothea Orem permite orientar los cuidados de salud de forma integral durante el déficit de autocuidado que se da en el paciente. Éste se considera un elemento indispensable para la práctica profesional de enfermería, dado que facilita la descripción, explicación y predicción del fenómeno del cuidado y la aplicación metodológica del proceso de atención de enfermería. Por esta razón, el rol de enfermería en cuidados críticos se vincula con el arte de cuidar, puesto que atiende la necesidad inmediata de brindar ayuda a las personas cuando estas no pueden valerse por sí mismas, identificando los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales de la persona **(2)**.

Frente a lo mencionado, es que se considera importante contar con una guía de intervención en enfermería orientada al cuidado de pacientes que presentan el Síndrome de Guillan Barré para la toma de decisiones oportunas que garanticen un cuidado de enfermería efectivo y de calidad.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

1. Formulación del Problema

En la actualidad el Síndrome de Guillain Barre es causa frecuente de discapacidad prolongada a nivel mundial y es considerada como una de las situaciones de emergencia grave por ser devastador debido a la rapidez e inesperada aparición; la respuesta inmediata al tratamiento depende del diagnóstico oportuno en la fase aguda por la cual la atención inmediata disminuye complicaciones, que ponen en riesgo la salud y vida del paciente generando menos impacto emocional, familiar, social, económico y sanitario. En las unidades de cuidados intensivos ingresan pacientes con parálisis generalizada con graves consecuencia potencialmente mortales al afectar los músculos respiratorios, e inestabilidad hemodinámica, etc. Por ello requiere de cuidados especializados de enfermería en su asistencia, soporte y monitoreo intensivo **(3)**.

A nivel mundial suele afectar a personas de cualquier edad y sexo, siendo los más afectados entre los 30 a 50 años. Se presenta una incidencia anual de 1 a 3 por cada 100,000 habitantes. Estas cifras se han incrementado a 1 por cada 10,000 personas **(4)**. En el año 2011 los gobiernos de Estados Unidos y México se mantuvieron en alerta sanitaria tras el brote infeccioso por este síndrome **(5)**.

En el quehacer profesional somos participes asistenciales de este síndrome, evidenciándose un aumento de casos nuevos en los últimos tres años en diversos nosocomios de salud; siendo en el Hospital Nacional Dos de Mayo aproximadamente 35 casos por cada año, donde el sexo masculino es el de mayor prevalencia. Asimismo, considerando el incremento en el número de casos de este Síndrome se considera relevante aplicar guías de intervención en el cuidado de este paciente con el fin de estandarizar los cuidados enfermeros que aseguren un cuidado oportuno y de calidad en beneficio del paciente y el de su familia.

Al realizar visitas a otras instituciones de salud con fines de investigación se encontró que no cuenta con guías de intervención de enfermería ni instrumentos de valoración estandarizados siendo esta la situación en el área de cuidados intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo, donde se

observó que las enfermeras brindan cuidados generales al paciente provocando un mayor impacto en el paciente de manera afectiva, social, familiar, economía y sanitaria.

Asimismo se evidencia la necesidad de realizar una guía de intervención para este fin, dado los escasos estudios que proponen guías específicos para pacientes de unidades críticas bajo el modelo teórico de Dorothea Orem.

Por lo expuesto los investigadores consideran formular la siguiente pregunta de investigación?

¿Es válida la guía de intervención de enfermería según la teoría de Dorothea Orem en el paciente con Síndrome de Guillain Barre en la Fase Aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional del Hospital Dos de Mayo durante el año 2018?

1. JUSTIFICACION

Ante el avance progresivo de la enfermedad, disautonomía, complicaciones de riesgo de mortalidad y estancia prolongada de hospitalización conlleva al alto costo hospitalario generando en el paciente desequilibrio emocional, social, económico. Por lo que es importante la validación de una guía de intervención de enfermería que orientara el cuidado enfermero para la toma de decisiones y el desarrollo de los planes de cuidados estandarizados y unificando criterios de cuidado. Además, depende mucho del manejo profesional del personal de enfermería que sea rápida y oportuna para disminuir las complicaciones puesto que la evolución favorable de los pacientes están ligadas a nuestras acciones de enfermería basadas en el conocimiento científico y humanístico, es aquí donde el rol de enfermería es importante porque cumple funciones de cuidados y prevención.

A pesar que existen planes estándares a nivel mundial, en el Perú se carece de planes/ guías de intervención de enfermería y datos estadísticos.

2. VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD

La investigación es viable y factible porque se llevara a cabo en el Hospital Dos de Mayo, contándose con la autorización respectiva de la Jefatura del área de enfermería del servicios de unidad de Cuidados intensivos; así mismo se cuenta con la información suministrada por la oficina de Estadística e Informática y la Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación del citado hospital, ya que dicho servicio no cuenta con una guía específica de intervención para estos pacientes.

El trabajo será autofinanciado, contando con la motivación del grupo investigador.

CAPITULO II

PROPOSITO Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

2.1. PROPOSITO

Contar con planes de cuidados de enfermería estandarizados en una guía de intervenciones siguiendo los patrones establecidos de la teoría de Dorothea Orem, brindando cuidados totalmente compensatorios durante la fase aguda y así prevenir las posibles complicaciones facilitando su recuperación. Este instrumento es útil para nuestra profesión porque aporta cuidados especializados y la comunicación entre los profesionales favoreciendo la continuidad del cuidado, fomentando la formación del proceso enfermero o método de resolución de problemas.

2.2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la validez de una guía de intervención de enfermería según la teoría de Dorothea Orem en el paciente con Síndrome de Guillain Barre durante la fase aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar los objetivos de la guía de intervención de enfermería en el cuidado del paciente con Síndrome de Guillain Barre durante la fase aguda según la teoría de Dorothea Orem.
- Evaluar el contenido de los aspectos generales y específicos de la guía de intervención de enfermería en el cuidado del paciente con Síndrome de Guillain Barre durante la fase aguda según la teoría de Dorothea Orem.
- Evaluar la planificación del cuidado enfermero de la guía de la intervención de enfermería en el cuidado del paciente con Síndrome de Guillain Barre durante la fase aguda según la teoría de Dorothea Orem.
- Evaluar la valoración del cuidado enfermero en el paciente con Síndrome de Guillain Barre durante la fase aguda según la teoría de Dorothea Orem.

CAPITULO III

MARCO TEORICO

3.1 ANTECEDENTES

Segun Cancino K, Balcázar V y Matus R. Intervención de enfermería en una persona con Síndrome de Guillain Barre tipo Aman, bajo la teoría de Dorothea Orem. (2013). Estudio de caso que tuvo como propósito dar a conocer la importancia, así como los cuidados de alta especialidad de enfermería en una persona con Síndrome de Guillain Barré bajo la teoría de Dorothea Orem. Se concluye que la teoría utilizada en el estudio resultó efectiva dada la naturaleza del Síndrome, el paciente recuperará su capacidad de autocuidado. Considerando los diagnósticos enfermeros propuestos, el plan de cuidados logró resultados satisfactorios en el paciente durante su hospitalización de 2 semanas de duración (6).

Según Amorim M, Lopes V, Balduino Y, de Lima K, Según Amorim M, Lopes V, Balduino Y, de Lima K, Collet N. Sistematización de la asistencia de enfermería a un niño afectado por el síndrome de Guillain-Barré. (2012) Estudio de caso que tuvo como objetivo sistematizar la atención de enfermería utilizando la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE) con un niño afectado por el Síndrome de Guillain-Barré. Los hallazgos muestran la identificación de cuatro diagnósticos de enfermería, para los cuales se planificaron e implementaron intervenciones: nutrición deficiente; tos productiva; caminar deteriorado; y bajo comportamiento interactivo. Concluyeron que la sistematización del cuidado enfermero utilizando la CIPE, permitió una mayor organización y eficiencia en la prestación del cuidado al paciente, siendo éste humanizado e integral, considerando además el proceso de salud-enfermedad y las reacciones del paciente – su familia binomial ante el proceso de hospitalización (7).

3.2 BASE TEORICA

La profesión de enfermería busca estrategias que le permitan cualificar y fundamentar su quehacer profesional. La formulación de guías de intervención o protocolos estandarizados favorecen la calidad de los mismos y la intervención oportuna y efectiva de los cuidados planteados.

Las guías de intervención conducen al accionar de nuestra profesión, en base al proceso de atención de enfermería, las cuales definen el campo del ejercicio profesional, permitiendo crear una dinámica de actualización y de aplicación de lo aprendido en su quehacer diario, mediante elementos que estimulan el juicio crítico y la toma de decisiones considerando a cada paciente como un ser único e individual **(8)**.

Dichas guías tienen como finalidad asegurar un cuidado enfermero humanizado y de calidad con eficacia, eficiencia y equidad, contribuye en la reducción de costes, producto de la atención. También favorece la comunicación entre los enfermeros, estandariza las intervenciones de enfermería, unifica criterios, disminuye los tiempos de atención y la evaluación de resultados de las actividades ya que se integran con las etapas relacionadas al PAE.

Como parte de la evaluación de la calidad de los cuidados críticos se considera relevante el contar con guías de intervención para los cuidados enfermeros. Su ejecución y aplicación debe ser una actividad continua acorde con el avance del conocimiento y experiencia de la práctica cotidiana que garantice la continuidad de los cuidados integrales y humanístico; en los servicios de cuidados intensivos se requiere de personal altamente calificado y contar con instrumentos que viabilicen el trabajo coordinado, eficaz y eficiente reflejándose en la satisfacción plena del paciente y prevención de complicaciones **(9)**.

Los cuidados de enfermería especializados demandan conocimientos científicos y tecnológicos con enfoque filosófico de un modelo teórico que nos permita conocer y comprender la esencia del quehacer en la práctica de nuestra disciplina a través del desarrollo de un marco conceptual propio de manera más coherente al brindar cuidados críticos para mantener la vida, identificando los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales de la persona **(10)**.

Dorothea Orem representa una visión conceptual del cuidado a través de la teoría general del cuidado en la que articula e interrelaciona tres teorías: el autocuidado, déficit de autocuidado y sistemas de enfermería. A través de un enfoque paradigmático considerando a la persona como un ser con funciones biológicas, simbólicas y sociales con potencial para aprender y desarrollarse. Entorno como factores físicos, químicos, biológicos y sociales familiares o comunitarios que pueden influir en la persona. Salud como la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental, Cuidado o enfermería es proporcionar asistencia directa según los requerimientos o incapacidades de autocuidado

El autocuidado es una acción aprendida por las personas maduras o en proceso dirigidas hacia si mismo, a los demás y hacia el entorno conductas ejecutadas en situaciones concretas de la vida para cubrir requerimientos vitales, de desarrollo y bienestar. Para la cual Dorothea considera tres requisitos:

Requisitos de autocuidado universal que incluye la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana

Requisitos de autocuidado del desarrollo establece condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir o mitigar la aparición de condiciones adversas en los diferentes momentos del ciclo vital.

Requisitos de autocuidado de Desviación de la salud, presentes cuando existe una enfermedad o están en proceso de diagnóstico y/o tratamiento, lo que nos permite determinar la demanda y establecer el déficit de autocuidado.

El déficit de Autocuidado se produce cuando las capacidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores o nulas que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida, por lo que necesita de un agente de cuidado dependiente o terapéutico.

La teoría de los sistemas de enfermería señala la manera como el profesional de enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, posee constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo; para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos; para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria;

para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación que la persona posee. A través de sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo en sus actividades de autocuidado.

Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona aquellas actividades de autocuidado que el paciente no puede realizar, por limitaciones del estado de salud u otras causas y la persona realiza las actividades de autocuidado que están al alcance de sus capacidades.

Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado.

El rol de la enfermera aborda al individuo de forma integral, en función de situar los cuidados integrales como el centro de la ayuda al ser humano, mejorando su calidad de vida. Conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarle a actuar y brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar.

Las enfermeras actúan cuando el individuo, por cualquier situación, no puede autocuidarse y constituyen la forma de ayudar a las personas cuando presentan limitaciones y/o incapacidades en la realización de sus actividades de autocuidado; para ello propone los siguientes métodos de asistencia de enfermería, basados en la relación de ayuda hacia la persona, a través de la Teoría de los sistemas de Enfermería.

La valoración de enfermería aplicando la teoría de Dorotea Orem implica examinar los factores condicionantes básicos, los problemas de salud y los déficits de autocuidado así como el conocimiento, habilidades, motivación y orientación del cliente. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería. Diseñar y planificar Poner el sistema de enfermería en acción. Para lo cual se considerará los requisitos de Autocuidado, universales, de desarrollo y de desviación de la salud. Adaptado del modelo de instrumento de Ma. del Carmen López* Norma Elvira Moreno Pérez**
Construcción de Instrumentos para Realizar el Proceso de Enfermería Basado en la Teoría General de Orem

Se pretende valorar al individuo integralmente en las capacidades de autocuidado tales son: mantenimiento de un aporte suficiente de agua, de aire, de alimentos, provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación, del desarrollo humano, centro de los grupos sociales, prevención de peligros para la vida, equilibrio entre la actividad y el reposo, equilibrio entre la soledad y la interacción social, así mismo la etapa de desarrollo en la que se encuentra el individuo, conocer la enfermedad y/o tratamiento e identificar el déficit de autocuidado para la construcción del diagnóstico a través del método PES (Problema, Etiología, Signos y síntomas) y la aplicación de la NANDA NIC NOC

1. Sistema Totalmente Compensatorio: Cuando la persona no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total **(11)**.

El estudio se centra en la teoría de Orem, puesto que la valoración de la enfermera a través de la Teoría del Déficit de Autocuidado permitirá tener una visión integral de las demandas del paciente y las necesidades de sus cuidados. La puesta en marcha de una guía de intervención permitirá conocer aquellas desviaciones de salud que presenta el paciente para poder plantear con mayor seguridad y claridad los objetivos a alcanzar asimismo las intervenciones, actividades que serán las mejores aplicando el proceso de atención de enfermería. Asimismo, se abordará al paciente de manera integral, en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda, superando y comprendiendo el proceso de su enfermedad durante su estancia hospitalaria, para mejorar su calidad de vida, ayudarlo a que pueda valerse por sí mismo a través de la educación que se le fomente para conservar su salud, recuperarse de su enfermedad y/o afrontar todas las consecuencias que permitan su participación en la planificación e implementación de su propia atención de salud hasta recuperarla o lograr la adaptación de sus limitaciones.

La Teoría de Orem promueve la satisfacción de las demandas de autocuidado de la persona, fomentando su autonomía y permitiendo alcanzar al máximo su nivel de autocuidado en los pacientes. Guían la aplicación de métodos sistemáticos en las intervenciones enfermeras específicas y evaluación de las mismas logrando satisfacer las necesidades de déficit de autocuidado directamente relacionadas con la recuperación y seguridad del paciente.

El rol de enfermería en terapia intensiva proporciona cuidados a pacientes en situaciones críticas que presentan un desequilibrio severo de uno o más de los sistemas fisiológicos principales, con compromiso vital real o potencial. Esto implica que el profesional de enfermería intensivista posea un perfil profesional con una filosofía integradora que incluye conocimientos científicos y

tecnológicos, que integre con los cuidados holístico, con el propósito de ofrecer cuidados integrales de calidad. Por tanto este profesional debe tener una alta formación tanto en conocimientos, habilidades y actitudes en el manejo del paciente crítico, buscando identificar las necesidades del paciente con Síndrome de Guillain Barré en la fase aguda precoz, para satisfacer las necesidades del paciente y lograr restablecer la independencia del paciente mediante los cuidados compensatorios de enfermería **(12)**.

El Síndrome de Guillain Barré a nivel mundial se produce con una incidencia general de 1 a 3 por 100.000 habitantes por año afectando a diferentes grupos etareos, edad y sexo. La enfermedad aumenta aproximadamente cada de 10 años en un 20% presentándose casos a partir de los 10 años de edad. Además, la incidencia es mayor en hombres que en mujeres **(13)**.

Se desconocen las características epidemiológicas esenciales en la mayor parte de América Latina. En el Perú, no existe información exacta sobre la incidencia del Síndrome de Guillain Barré. Sin embargo a nivel hospitalario se han incrementado los casos en los últimos 3 años. En el Hospital Nacional Dos de Mayo se encontró para el año 2012, 39 casos los cuales corresponde a 27 varones y 12 mujeres; de la misma manera para el año 2013 se identificaron 40 casos, los cuales fueron 30 varones y 10 mujeres, y en el año 2014 fueron identificados 23 casos, los cuales se trataron de 17 hombres y 6 mujeres.

También en el Hospital Nacional Cayetano Heredia se encontraron casos de este Síndrome. En el año 2012 hubo 15 casos, de los cuales 10 son varones y 5 mujeres; en el 2013 se halló 5 casos y en el año 2014 fueron 7 los casos reportados.

Llegando a la conclusión que en los últimos tres años se han reportado un incremento en su incidencia afectando en su mayoría en el sexo masculino donde la edad más frecuente se da entre los 30 y 50 años aproximadamente.

El Síndrome de Guillain Barré es una poli neuropatía aguda inflamatoria de inicio súbito y de etiología generalmente auto inmunitaria, caracterizada por presentar debilidad muscular simétrica o parálisis motora flácida rápidamente progresiva y generalmente ascendente, acompañada de disminución o ausencia de reflejos osteotendinosos. El proceso inflamatorio afecta normalmente a las vainas de mielina, desencadenando su desmielinización, pero también puede llegar a afectar al axón, pudiendo producir una degeneración nerviosa. La unión de anticuerpos específicos a la célula de Schwann activa el sistema de complemento y lesionan la vaina de mielina a través de los

macrófagos, produciendo su degeneración. En las dos terceras partes de los pacientes diagnosticados existen antecedentes de una infección respiratoria o intestinal de 2 a 6 semanas previas al inicio de los síntomas. Diversos virus y bacterias han sido implicados, pero ha sido el *Campylobacter Jejuni* la bacteria que más se ha asociado, llegando a pensar que es la causa etiológica en un 25% de los casos. También se han implicado a algunas vacunas como desencadenantes, sin llegar a determinar de forma definitiva una relación causa-efecto.

Se desarrolla en 3 fases las cuales son:

- a) fase aguda o de instauración
- b) fase de estado
- c) fase de recuperación.

La fase aguda, puede durar de horas a semanas, y se caracteriza por la instauración súbita y progresiva de los síntomas. El síntoma de presentación más habitual es la debilidad muscular simétrica, generalmente ascendente, o parálisis flácida, que suele presentarse en su inicio como una alteración de la marcha. Esta debilidad muscular inicia de forma distal en los miembros inferiores y asciende de forma progresiva afectando a miembros superiores, cara y músculos respiratorios, llegando a necesitar, en muchos casos de soporte ventilatorio. La velocidad de ascenso es variable, por lo que resulta imprescindible monitorizar al paciente a fin de tomar las medidas necesarias.

Estos síntomas se instauran de forma aguda y pueden progresar hasta en un máximo de cuatro semanas del inicio de la enfermedad con una duración variable en su fase de estado, terminando en una fase de recuperación que puede durar meses. La recuperación se da entre 2 y 4 semanas después de cesar la progresión. El diagnóstico precoz, así como la respuesta efectiva al tratamiento, puede acortar la duración de los síntomas, así como su recuperación **(14)**.

El agente etiológico que provoca la infección con frecuencia no puede identificarse. La gastroenteritis o enteritis por *Campylobacter Jejuni* es la infección previa más común, teniendo una prevalencia que va de 13 a 39% de los casos de Europa y Norteamérica **(15)**.

El diagnóstico inicial se basa en la presentación y características clínica del paciente y se confirma con la punción lumbar del líquido cefalorraquídeo y los estudios de electromiografía.

Dentro de las principales alternativas de tratamiento para el Síndrome de Guillain Barré destacan la plasmaféresis y la administración de inmunoglobulina intravenosa, siendo la plasmaféresis la más frecuente en nuestro país y de mayor accesibilidad económica. Ésta consiste en el recambio plasmático terapéutico que se encarga de eliminar los anticuerpos circulantes, complementan y modifican la respuesta biológica. Se da generalmente por cuatro a seis tratamientos durante ocho a diez días, lo cual ha demostrado eficacia de este tratamiento en los pacientes, interviniendo en la mejora de la fuerza muscular, disminución de la necesidad de ventilación mecánica y una mejor recuperación, siendo el tratamiento más eficaz cuando se inicia dentro de los siete días de la aparición de los síntomas. En consecuencia la vigilancia es esencial en el cuidado crítico del paciente ya que el deterioro debido a la progresión de la debilidad muscular puede ocurrir rápidamente.

Durante la fase aguda, la fisioterapia respiratoria y la rehabilitación física es prioritaria, la cual debe incluir un programa individualizado de fortalecimiento, con la participación activa del personal de enfermería y del paciente. Por ello las intervenciones enfermeras son relevantes debida a la rápida evolución de la parálisis y la gravedad de las complicaciones, por lo que el personal de enfermería de la unidad de cuidados críticos considera imprescindible estandarizar las intervenciones de enfermería para disminuir la variabilidad en la atención y coordinar la actuación de los profesional de enfermería en la atención y detección de las complicaciones asociadas.

Debido al deterioro rápido, todos los pacientes en fase aguda, deben ser hospitalizados en una sala de vigilancia intensiva para el monitoreo respiratorio, dado que el 30% de los pacientes desarrollan insuficiencia respiratoria y requieren de soporte ventilatorio. Además de los problemas de deglución y la incapacidad para eliminar las secreciones. También la disfunción autonómica en el paciente puede ser lo suficientemente grave, incluso llegar a la muerte súbitamente, por ello se requiere de la unidad de cuidados intensivos y monitoreo continuo. Por tanto, muchos de los pacientes son admitidos inicialmente en la Unidad de Cuidados Intensivos para una estrecha vigilancia de las vías respiratorias, cardíacas, y la función hemodinámica, a consecuencia de la presencia de alteraciones sistémicas reales o potenciales y el riesgo vital que requiere de atención especializada, observación y cuidados continuos e individualizados y alta tecnología para prevenir complicaciones y restablecer el estado fisiológico **(16)**.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
Validación de una guía de intervención de enfermería según Dorothea Orem en el paciente con Síndrome de Guillain Barre durante la fase aguda.	Conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática con el objetivo de guiar a la enfermera en las intervenciones sanitarias con fundamento teórico adaptado de acuerdo a las características del paciente con Síndrome de Guillain Barre en su fase aguda cuyos cuidados son compensados totalmente por el profesional de enfermería aplicando el proceso de atención de enfermería como herramienta básica fundamental para asegurar la calidad de atención al paciente. Dicha guía de intervención fue elaborado por los investigadores para su validación.	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos de la guía de intervención • Consideraciones generales y específicas. 	<p>Son metas específicas que se deben alcanzar para poder responder a una pregunta de investigación y que orientan el desarrollo de la misma.</p> <p>Considera la descripción del concepto del problema y/o patología, Análisis de la situación, destaca las características fundamentales del entorno la dinámica de la salud y los factores de riesgo. Descripción de los signos y síntomas de la enfermedad formulación del diagnóstico de enfermería y complicaciones asociadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Integral ✓ Seguro ✓ Oportuno ✓ Evitar daños reales o potenciales. ✓ Definición ✓ Etiología ✓ Fisiopatología ✓ Aspectos ✓ Epidemiológicos ✓ Factores de riesgo asociados ✓ Signos y síntomas ✓ Diagnostico enfermero ✓ Complicaciones

		<ul style="list-style-type: none"> • Valoración según Dorothea Orem • Planificación del cuidado enfermero 	<p>La valoración consiste en el proceso de recolectar y organizar los datos tomando en cuenta los requisitos de autocuidado que consisten en la satisfacción de necesidades cuyos déficits nos permitirán identificar a través de un juicio clínico los problemas reales y/o potenciales.</p> <p>La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñada para reforzar las respuestas del paciente desde el inicio de su estancia hospitalaria hasta su recuperación identificadas en el diagnóstico de enfermería.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Requisitos universales. ✓ Requisitos de desarrollo. ✓ Requisitos de desviación de la salud. ✓ Nanda Noc ✓ Nanda –Nic
--	--	---	---	--

CAPITULO IV

MATERIAL Y METODOS

5.1 METODO DE ESTUDIO

El diseño de estudio será de tipo Descriptivo - Cuantitativo.

El estudio descriptivo describe las características y rasgos importantes del contenido de la variable de estudio que se analice. Así mismo el estudio cuantitativo nos va permitir recopilar y analizar datos usando herramientas informáticas y estadísticas para obtener resultados y cuantificar el problema.

5.2 AREA DE ESTUDIO

La investigación se llevara´ a cabo en el Hospital Nacional Dos de Mayo, en los servicios de cuidados intensivos generales e intermedios, ubicado en el edificio Centro de Tratamiento Intensivo y Diagnóstico Especializado (CETIDE) – KOIKA, en el segundo piso (UCIN) y tercer piso (UCI GENERAL). Contando con una población de adulto intermedio de ambos sexos, con grupo etáreo de 25 – 54 años de edad.

El hospital se encuentra ubicado en Parque Historia de la Medicina Peruana s/n Alt. Cdra. 13 av. Grau Cercado de Lima.

5.3 POBLACION

La población total estará conformado por 30 enfermeros asistenciales especialista y no especialista de ambos sexos de los servicios de cuidados intensivos generales, neurocriticos e intermedios, siendo la población piloto 15 profesionales especialistas según los criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Enfermeras asistenciales que cuenten con título de especialista en cuidados intensivos y laboren en los servicios críticos: Generales, Neurocriticos e intermedio.
2. Enfermeras especialistas que acepten participar en el proyecto de estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Enfermeras que no cuenten con título de especialista.
2. Enfermeras que se encuentren con licencia o de vacaciones.

TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica utilizada será la encuesta en base a la guía de cuidado del paciente con Síndrome de Guillain Barre en la fase aguda según Dorothea Orem; que consta de preguntas cerradas y dicotómicas el cual fue elaborado por los investigadores para la evaluación del instrumento adaptado por el formato de evaluación de expertos diseñado y proporcionado por la Universidad Peruana Cayetano Heredia; que incluye criterios de evaluación para determinar la validez de Contenido, Constructo y de Criterio de la guía de intervención la cual realizamos y elaboramos que serán entregados a los 15 jueces expertos conformados por enfermeras especialistas en cuidados intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo, cuya selección de expertos será en base a los criterios de inclusión y exclusión del estudio .

Para la construcción del instrumento se adaptó el formato según el diseño del Ministerio de Salud. La cual a posteriori se hará la prueba piloto para verificar la confiabilidad.

En la cual se aplicará la validación:

Validez de contenido:

- ❖ $N \geq 15$ jueces (Prueba de expertos)

Concordancia el grado de acuerdo entre jueces, se aplicara la prueba binomial.

PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

Se solicitará la autorización del Director del Hospital Nacional Dos de Mayo y se coordinará con la oficina de capacitación para la realización de la investigación, así mismo con el Jefe médico del servicio cuidados intensivos y Jefa de enfermeras del servicio de Cuidados Intensivos.

La aplicación del instrumento se realizará en tres sesiones; la primera etapa será solicitar a la oficina de capacitación del Hospital Nacional Dos de Mayo la participación de los profesionales de salud en la evaluación de la guía de intervención del trabajo de investigación, la segunda etapa consiste en la entrega el formato de evaluación de expertos y la guía de intervención a evaluar y la tercera etapa es el recojo de las recomendaciones y/o observaciones del instrumento y posteriormente se modificara de acuerdo a las sugerencias brindadas. Los expertos considerados serán enfermeros especialistas con mayor de cinco años de experiencia.

PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Los datos recolectados serán procesados y analizados a través del paquete estadístico SPSS - 22 donde se aplicará la prueba binomial y se determinará el grado de concordancia entre los jueces, en la cual se modificaran o incrementaran el contenido de la guía de intervención de acuerdo a las sugerencias dadas por los expertos.

Se utilizará la prueba binomial a través de la siguiente Fórmula:

Donde:

A través del análisis de esta fórmula se determinara el grado de concordancia entre los jueces, a través de la determinación del valor de P según la fórmula:

SI: 1 NO: 0

Si: $P < 0,05$ concordancia es valida

Si: $P > 0,05$ No hay concordancia

Luego se verificará el grado de confiabilidad de los resultados obtenidos a través $P < 0,05$, donde se determinará la significancia estadística a través de P.

CAPITULO V

CONSIDERACIONES ETICAS

AUTONOMIA

A través de este principio el personal profesional de enfermería que labora en el Hospital Nacional Dos de Mayo estará en condiciones de decidir y determinar con su consentimiento la participación en nuestro trabajo de investigación luego de haber recibido la información correspondiente brindado por los investigadores respetando sus derechos y privacidad de la información recolectada.

BENEFICIENCIA

El personal profesional de enfermería que participe en nuestro estudio de investigación será beneficiado con una capacitación de cuidados enfermería en pacientes con Síndrome de Guillain Barre como agradecimiento por su participación.

NO MALEFICIENCIA

La validación de la guía de intervención no generara daño real o potencial al personal profesional de enfermería.

CRONOGRAMA DE GANTT

2016 - 2018

ACTIVIDADES	ABRIL 2016	MAYO 2016	JUNIO 2016	JULIO 2016	AGOSTO 2016	SEPTIEMBRE 2016	OCTUBRE 2016	NOVIEMBRE 2016	MARZO 2017	ABRIL 2017	JUNIO 2017	DICIEMBRE 2018
Búsqueda Bibliográfica	X	X	X	X						x		
Elaboración de Planteamiento del problema		X										
Asesoría	X	X	X	X	X	X	X		X		X	
Aprobación del perfil del proyecto			X									
Construcción del Marco Teórico				X								
Elaboración de Material y Métodos							X					
Cronograma del proyecto	X											
Presupuesto recursos materiales y humanos							X					
Simulación de sustentación de proyecto								x				
Entrega de Proyecto									X			
Sustentación De trabajo academico												X

PRESUPUESTO

Ítems	numero	Costo unitario	Costo total
Materiales			
Útiles de escritorio			
Lapicero	12	S/ 0.70	S/ 8.40
Folder	50	S/ 1,00	S/ 50,00
Corrector	6	S/ 3.00	S/ 18,00
USB	2	S/ 20,00	S/ 40,00
Refrigerio	36	S/ 8,00 (3)	S/ 864,00
Movilidad			
Traslados a instituciones	12	S/ 12,00	S/ 144,00
Traslados a la universidad	36	S/ 2.50 (3)	S/ 270,00
Otros			
Fotocopia material bibliográfico	30	S/ 0,15	S/ 4.50
Copias de trabajo y correcciones	40	S/ 7.00	S/ 280,00
Impresiones	20	S/ 1,00(20)	S/ 400,00
Asesorías particulares	4	S/ 200,00	S/ 800,00
Cabinas de internet	30	S/ 1,00	S/ 30.00
TOTAL			S/.2908.90

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Steinberg; Joel S.; Síndrome de Guillain-Barré: Una guía de atención aguda para Profesionales médicos. (2012). [Fecha de acceso 24 de abril].
Disponibile en: <http://www.gbs-cidp.org/wp-content/uploads/2013/08/AcuteCareICU13SP-Ed.pdf>.
- 2.- La Industria. Joven con Síndrome de guillain barre. (2015). [Fecha de acceso 18 de febrero].
Disponibile en: <http://www.laindustria.com/trujillo/distrital/joven-con-sindrome-de-guillain-barre-requiere-mas-de-32-mil-soles>
- 3.- Cabani, R. Síndrome Guillain Barre en la UCI del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. 2005. [fecha de acceso 24 abril 2015].
- 4.- Guevara, A.; Síndrome de Guillain Barre. Diario Perú 21. (2013). [Fecha de acceso 25 de abril].
Disponibile en: <http://peru21.pe/noticias-de-sindrome-guillain-barre-101971>
- 5.-Geiss, C; D, T; Moraes, H,.L Atención de enfermería a un individuo portador de síndrome de guillain barre (2014). [Fecha de acceso 12 de abril].
Disponibile en:
<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/3204/0>
- 6.- Cancino, M; Balcázar, M; Matus, M. Intervenciones de enfermería en una persona con síndrome de Guillain-Barré tipo AMAN, bajo la teoría de Dorothea Orem. (2013). [Fecha de acceso 01 Mayo].
Disponibile en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000100006

- 7.- Amorim, M; Lopes, V; Dativo, M; Balduino Y; Silva, K; Collet, N. Sistematización de la asistencia de enfermería a un niño afectado por el síndrome de guillain barré. (2012). [Fecha de acceso 22 de junio].
Disponible en:
<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/2140>
- 8.- Domingo, P; M. Guía validación de los planes de cuidados estandarizados: proceso de Validación teórica y clínica. (2010). [Fecha de acceso 10 octubre del 2016].
Disponible en:<http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/guia%20validacion%20PC%20estandarizados.pdf>
- 9.- Santos, V;A, Hurtado, C; C. Guías de intervención de enfermería. (2010). [Fecha de acceso 23 octubre del 2016].
Disponible en:
<http://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/0107/12102011172555.pdf>
- 10.- Estefo, A; Paravic, K,T. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. [Revista de internet]. Diciembre 2010; [Fecha de acceso 24 octubre del 2016].
Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300005
- 11.- Prado S, L; González, Reguera; M, Paz, G, N; K , Romero, B;L. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. [Revista de internet]. Noviembre 2014; [citado 2015 Octubre 10]
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004
- 12.- Carranza, O; Antonio, D, Vivas, T. Guía de Intervención de Enfermería. [Revista de internet]. Diciembre 2012; [citado 2016 Octubre 20]

Disponible en:
http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2013/rd018_2013.pdf.

13.- Ortez, C; Diaz; A. Síndrome de Guillain Barre en la Infancia. (2013). [Fecha de acceso 10 mayo del 2015].

Disponible en:
<http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/51/51v11n02a90196008pdf001.pdf>

14.- Codina, A; Cervera; C. Síndrome de guillain barré. (2012). [Fecha de acceso 16 mayo 2015]

Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-sindrome-guillain-barre-13025776>

15.- Hernández; E; Balí, D; Cruz, M; Moreno, Oscar. Presentación clínica y evolución del Síndrome de guillain barré en una unidad de cuidados intensivos. (2010). [Fecha de acceso 22 mayo del 2015]

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232002000600007&script=sci_arttext

16.- Vriesendorp, F. Patogenia de síndrome de guillain-barré en adultos. (2015). [Fecha de acceso 11 de abril del 2015].

ANEXO

ANEXO 2

EVALUACIÓN DE EXPERTOS*

Estimado profesional, usted ha sido invitado a participar en el proceso de evaluación de un instrumento para investigación en humanos. En razón a ello se le alcanza el instrumento motivo de evaluación y el presente formato que servirá para que usted pueda hacernos llegar sus apreciaciones para cada ítem del instrumento de investigación que tiene como Tema: Validación de una guía de intervención de enfermería según la teoría Dorothea Oem en el paciente con síndrome de Guillain Barre durante la fase aguda – Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional dos de Mayo.

Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán validar el instrumento y obtener información válida, criterio requerido para toda investigación.

A continuación sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede hacernos llegar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.

N° de Ítem	Validez de contenido		Validez de constructo		Validez de criterio		OBSERVACIONES
	El ítem corresponde a alguna dimensión de la variable		El ítem contribuye a medir el indicador planteado		El ítem permite clasificar a los sujetos en las categorías establecidas		
	Si	No	Si	No	Si	No	
CONSIDERACIONES ESPECIFICAS							
1.- La guía de intervención describe el problema de salud o situación de salud a tratar.							
2.- La guía de intervención presenta una estructura organizada para su aplicación.							
3.- La guía cuenta con todas las intervenciones de enfermería para brindar una atención de calidad al paciente con Síndrome de Guillain barre durante la fase aguda.							
4.- Los objetivos de la guía de intervención están comprometidas con la mejora de la calidad del cuidado especializado de enfermería.							
5.- La guía de intervención responde a las necesidades del paciente según las actividades de enfermería descritas.							
6.- El contenido de la guía de intervención es clara y comprensible para el manejo del profesional de enfermería.							

7.- Los contenidos generales y específicos promueven la reflexión y análisis crítico del profesional de Enfermería.							
8.- El contenido de la guía de intervención se encuentra actualizada y coherente a las normas de elaboración de las guías de intervención.							
9.- La valoración según la teoría de Dorothea Orem mejora la calidad de atención de enfermería							
10.- El lenguaje utilizado es adecuado para el profesional de enfermería.							
CONSIDERACIONES GENERALES							
11.- La definición del Síndrome de Guillain Barre es clara, concisa y coherente para el profesional de enfermería.							
12.- Las causas del Síndrome de Guillain Barre consideran Factores desencadenantes.							
13.-La fisiopatología muestra relevancia en el manejo de la enfermedad y ayuda la interpretación de la guía.							
14.- Entre la fisiopatología del síndrome de Guillain Barre y la valoración de							

Enfermería hay relación y coherencia.							
15.- Aspectos epidemiológicos influyen en la morbi – mortalidad de la enfermedad			■	■			
16.- Los factores de riesgo está considerado como causas de síndrome de Guillain Barre.			■	■			
17.Signos y síntomas descritos corresponden al Síndrome de Guillain. Barre y son claros para facilitar la valoración.			■	■			
18.- La priorización de los diagnósticos de Enfermería tienen coherencia según orden de prioridad.			■	■			
19.-Los diagnósticos de enfermería elaborado ayudan a prevenir la aparición de complicaciones.			■	■			
20.- Las complicaciones descritas influyen en la morbi-mortalidad y son las más frecuentes.			■	■			

ANEXO 3

GUIA DE CUIDADOS EN EL PACIENTE CON SINDROME GUILLAIN BARRE EN LA FASE AGUDA SEGÚN LA TEORIA DE DOROTHEA OREM

INDICE

I.- FINALIDAD

II.- OBJETIVO

III.- AMBITO DE APLICACION

IV.- CONSIDERACIONES GENERALES

4.1 DEFINICION

4.2 ETIOLOGIA

4.3 FISIOPATOLOGIA

4.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

4.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

V.- CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

5.1 SIGNOS Y SINTOMAS

5.2 DIAGNOSTICO ENFERMERO

5.3 COMPLICACIONES





VI.- FLUJOGRAMAS

FLUJOGRAMAS 1: VALORACION Y DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

FLUJOGRAMAS 2: PLANEACION, EJECUCION Y EVALUACION POR CADA DIAGNOSTICO ENFERMERO IDENTIFICADO.

VII.- BIBLIOGRAFIA

VIII.- ANEXOS

 HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO	GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	 HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
 Ministerio de Salud Personas que atendemos personas	SINDROME GUILLAIN BARRE	 Ministerio de Salud Personas que atendemos personas

FINALIDAD

1. Homogenizar prácticas para el adecuado abordaje de intervenciones de enfermería especializados contribuyendo a mejorar la calidad de cuidados del paciente.
2. Fortalecer competencias y unificar criterios en el proceso de atención de enfermería.

II.- OBJETIVOS

1. Brindar cuidados de enfermería en forma integral, segura y oportuna en pacientes con Síndrome Guillain Barre.
2. Contribuir a reducir la variabilidad de la práctica clínica así disminuir y/o evitar daños reales o potenciales al paciente con Síndrome de Guillain Barre.

III.- AMBITO DE APLICACIÓN

1. Hospital Nacional Dos de Mayo, en los servicios de cuidados intensivos generales e intermedios, ubicado en el edificio Centro de Tratamiento Intensivo y Diagnóstico Especializado (CETIDE) – KOIKA, en el segundo piso (UCIN) y tercer piso (UCI GENERAL).
2. Población de adulto intermedio de ambos sexos, con grupo etáreo de 25 – 54 años de edad.

IV.- CONSIDERACIONES GENERALES

4.1 DEFINICION

El síndrome de Guillain-Barre es un proceso autoinmune celular y humoral en el que se crean auto anticuerpos que atacan a los nervios periféricos destruyendo la cobertura de mielina que rodea los axones afectando principalmente a los nervios motores y a los nervios sensitivos, causando debilidad muscular y trastornos disautonomicos. Se caracteriza por ser de inicio agudo y de progresión rápida que típicamente se inicia en miembros inferiores y puede convertirse en una emergencia médica al comprometer a los músculos respiratorios, requiriéndose de asistencia ventilatoria mecánica, poniendo en riesgo la vida de la persona.

4.2 ETIOLOGIA

La causa exacta se desconoce, pero generalmente el síndrome aparece después de una enfermedad provocada por una infección viral o bacteriana.

4.3 FISIOPATOLOGIA

La patogénesis es la forma desmielinizante; se basa en la unión de anticuerpos específicos a la célula de Schwann que activan el sistema de complemento y lesionan la vaina de mielina a través de los macrófagos, produciendo su degeneración vesicular.

4.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

El Síndrome de Guillain Barre puede ocurrir a cualquier edad a nivel nacional, siendo más frecuente en adultos. A nivel mundial se produce con una incidencia general de 1 a 4 por 100.000 habitantes por año. La incidencia es mayor en hombres que en mujeres. Se desconoce las características epidemiológicas esenciales en la mayor parte de América Latina. En el Perú no existe información exacta sobre su incidencia.

4.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

La mayoría de los pacientes refiere un proceso infeccioso de las vías aéreas o digestivas, es de resaltar que el Síndrome de Guillain Barre puede ocurrir de 7 a 14 días, después de una infección viral o bacteriana. La infección por *Campilobacter Jejuni* es la más común de las infecciones

asociadas con el Síndrome de Guillain Barre, seguida por los Citomegalovirus, el virus de Epstein Barr, Hemophylus influenzae, Mycoplasma pneumoniae.

V.- CONSIDERACIONES ESPECÍFICA ~

5.1 SIGNOS Y SINTOMAS

Los primeros síntomas consisten en debilidad muscular, arreflexia o hiporreflexia suelen iniciarse en los miembros inferiores y pueden extenderse a los brazos, músculos faciales, respiratorios y pares craneales.

La afectación de pares craneales ocurre en el 25 % de los casos, siendo la paresia facial bilateral la más característica, aunque también puede ocurrir debilidad en los músculos de la deglución, fonación y masticación.

Los signos de disfunción autonómica están presentes en el 30 al 50 %, entre ellos se encuentran:

1. Arritmias
2. Taquicardia
3. Hipotensión ortostática.
4. Hipertensión arterial transitoria o permanente.
5. Íleo paralítico y disfunción vesical.
6. Náuseas o vómitos
7. Diarreas
8. Visión borrosa

Las manifestaciones clínicas de debilidad de la musculatura respiratoria incluyen

1. Taquipnea
2. Reducción del volumen tidal
3. Movimiento paradójico abdominal
4. Aumento de las secreciones bronquiales.

5.2 DIAGNOSTICO ENFERMERO

1. DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO R/C CAMBIOS EN LA MEMBRANA ALVEOLO CAPILAR E/P DISNEA, GASOMETRIA ARTERIAL ANORMAL, DISMINUCION DE PAFI, HIPOXIA, SOMNOLENCIA, AGITACION.

Dominio: 03 **Clase: 04** **Código: 00030**

2. LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS R/C DISFUNCION NEUROMUSCULAR, ACUMULO DE SECRECIONES BRONQUIALES E/P TAQUIPNEA, CIANOSIS, AUSENCIA DE LA TOS, CAMBIOS EN LA FRECUENCIA RESPIRATORIA, SONIDOS RESPIRATORIOS ANORMALES.

Dominio: 11 **Clase: 02** **Código: 00031**

3. DOLOR AGUDO R/C AGENTE LESIVO BIOLÓGICO: PROCESO DE LA ENFERMEDAD E/P MASCARA FACIAL DE DOLOR, DIAFORESIS, IRRITABILIDAD, AUMENTO DE LA PRESION ARTERIAL, CAMBIOS EN LA FRECUENCIA DEL PULSO Y RESPIRACION.

Dominio: 12 **Clase: 01** **Código: 00132**

4. DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA R/C DETERIORO NEUROMUSCULAR E/P INESTABILIDAD POSTURAL, LIMITACION DE LA CAPACIDAD PARA LAS HABILIDADES MOTORAS GRUESAS Y FINAS, INCAPACIDAD PARA MOVERSE, DISMINUCION DE LA FUERZA, CONTROL Y/O MASA MUSCULAR, LIMITACION EN LA AMPLITUD DE MOVIMIENTOS.

Dominio: 04 **Clase: 02** **Código: 00085**

5. ANSIEDAD R/C CAMBIOS EN EL ESTADO DE SALUD, AMENAZA DE MUERTE E/P TEMOR, AGITACION, INSOMIO, DIAFORESIS, TAQUICARDIA SINUSAL

Dominio: 09 **Clase: 02** **Código: 00146**

6. RIESGO DE ASPIRACION F/R ALIMENTACION POR SONDA NASOGASTRICA, INTUBACION ENDOTRAQUEAL, DETERIORO DE LA DEGLUCION

Dominio: 11 **Clase: 02** **Código: 00039**

7. RIESGO DE INFECCION F/R PROCEDIMIENTOS INVASIVOS (TET,LA, CVC,SNG,SONDA FOLEY) INMUNOSUPRESION, ANEMIA.

Dominio: 11

Clase: 01

Código: 00004

- 8.- RIESGO DE ULCERA POR PRESION F/R FACTORES MECANICOS (FUERZA DE CIZALLAMIENTO, INMOVILIDAD, PRESION)

Dominio: 11

Clase: 02

Código: 00047

5.3 COMPLICACIONES

1. Distrés respiratorio
2. Neumonía nosocomial
3. Tromboembolismo pulmonar
4. Trombosis venosa profunda
5. Bronco Aspiración
6. Ulcera por presión
7. Paro Cardiorespiratorio
8. Infecciones asociados a catéteres invasivos

DIAGNOSTICO ENFERMERO	RESULTADO NOC/ INDICADORES	1	2	3	4	5	NIC	ACTIVIDADES	COMPLICACIONES
Deterioro del intercambio gaseoso R/C cambios en la membrana alveolo capilar E/P disnea, gasometría arterial anormal, disminución del Pafi. <200 (00030)	402 Estado Respiratorio: Intercambio de gases					X	3350 Monitorización Respiratoria	<ul style="list-style-type: none"> ○ Colocar en posición de 30 a 45 grados. ○ Monitoreo hemodinámico a horario. ○ Colocar al paciente en decúbito lateral, si procede, para evitar aspiraciones. ○ Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones, simetría, utilización de músculos accesorios. ○ Auscultar los sonidos respiratorios en ambos campos pulmonares. ○ Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitus o roncus en las vías áreas principales. ○ Monitoreo e interpretación de signos de alarma del ventilador mecánico, en relación a la sincronía con el paciente ○ Vigilar los valores de la capacidad vital, fuerza inspiratoria máxima, volumen espiratorio. ○ Comprobar la capacidad del paciente de toser. Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran o empeoran. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Insuficiencia Respiratoria ○ Hipoxemia
						X	3320- Oxigenoterapia		

						<ul style="list-style-type: none">○ Realizar el seguimiento de radiografía de tórax.○ Análisis e interpretación de datos de laboratorio (AGA)○ Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran o empeoran.○ Auscultar los sonidos respiratorios para verificar la presencia de○ Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación.	
--	--	--	--	--	--	--	--

DIAGNOSTICO ENFERMERO	RESULTADO NOC/ INDICADORES	1	2	3	4	5	NIC	ACTIVIDADES	COMPLICACIONES
Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C acumulo de secreciones bronquiales E/P ausencia de tos, disnea, taquipnea(00031)	410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas					X	3140 Manejo de las vías aéreas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Colocar al paciente en posición de 45 grados que permita que el potencial de ventilación sea al máximo y así aliviar la disnea. ○ Auscultar los sonidos respiratorios observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y presencia de adventicios. ○ Realizar el lavado bucal cada 8 horas con clorhexidina. ○ Realizar fisioterapia torácica si está indicado ○ Enseñar a toser de manera efectiva ○ Vigilar el estado oxigenación ○ Determinar la necesidad de la aspiración oral y traqueal. ○ Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de cada aspiración. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Broncoespasmo ○ Atelectasia ○ Hipoxemia ○ Aumento de PIC
	403 Estado					X	3160 Aspiración de		

	<p>Respiratorio: Ventilación</p> <p>1918 Prevención de la aspiración</p>					X	<p>las vías aéreas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aplicar las medidas de bioseguridad (mandil, guantes , lentes, mascarilla) ○ Hiperoxigenar al 100% antes y después de cada aspiración. ○ Explicar al paciente sobre el procedimiento. ○ Disponer la mínima cantidad de aspiración de pared necesaria para extraer las secreciones (80-100 mmhg) ○ Monitorizar el estado de oxígeno del paciente (SATO2 y CO2) y estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardiaco). ○ Comprobar el inflado del cuff cada 12 horas. ○ Basar la duración de cada pase de aspiración traqueal en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente. 	
--	--	--	--	--	--	---	------------------------	--	--

							X	3350 Monitorización Respiración	<ul style="list-style-type: none"> ○ Observar las características, cantidad de las secreciones obtenida. ○ Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. ○ Realizar percusión en el tórax anterior desde los vértices hasta las bases de forma bilateral. ○ Auscultar los sonidos respiratorios, anotando las áreas de disminución o ausencia de sonidos adventicios. ○ Determinar la necesidad de aspiración. ○ Vigilar los valores de volumen tidal, presión pico. Controlando las lecturas del ventilador mecánico y su variabilidad en respuesta al paciente. ○ Observar si aumenta la ansiedad o falta de aire en el paciente. 	
--	--	--	--	--	--	--	---	---------------------------------------	---	--

								<ul style="list-style-type: none"> ○ Observar los cambios de SATO2 y CO2 y corriente final y cambios en los valores de gases. ○ Realizar el seguimiento de informes radiológicos. ○ Colocar al paciente en decúbito lateral, para evitar la aspiración ○ Instaurar tratamiento de terapia respiratoria. Si procede. ○ Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas. 	

	2102 Nivel del Dolor					X	2260 Manejo de la sedación	<p>según indicación médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Considerar el uso de infusión continua para mantener control del dolor. ○ Evaluar la eficacia del analgésico después de cada administración y la presencia de efectos adversos ○ Registrar la respuesta del analgesico ○ Observar claves no verbales de molestias (facies de dolor) ○ Comprobar o evaluar el nivel de conciencia y los signos vitales del paciente antes de proceder con la sedación. ○ Administrar medicación segun prescripción médica ○ Observar si se producen efectos ○ Realizar la valoración del dolor que incluya localización, características aparición 	
--	----------------------	--	--	--	--	---	----------------------------	--	--

						X	1400 Manejo del dolor	<p>duración intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Observar claves no verbales de molestias. ○ Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor. ○ Controlar los factores ambientales que pueden influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación., iluminación y ruidos) 	
						X	6650 Vigilancia	<ul style="list-style-type: none"> ○ Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, etc) ○ Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de la valoración continua. ○ Fomentar periodos de descanso. 	

								<ul style="list-style-type: none"> ○ Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor. ○ Comprobar el estado neurológico ○ Controlar el estado emocional ○ Monitorización hemodinámica ○ Comprobar el nivel de comodidad. 	

DIAGNOSTICO ENFERMERO	RESULTADO NOC/RESULTADOS						INTERVENCIONES	ACTIVIDADES	COMPLICACIONES
		1	2	3	4	5			
Deterioro de la movilidad física R/C deterioro neuromuscular E/P limitación de la capacidad para las habilidades motoras gruesas y finas (00085)	911 Estado Neurológico					X	840 Cambio de posición	<ul style="list-style-type: none"> ○ Explicar al paciente que se le va cambiar de posición, si procede ○ Animar al paciente a participar en los cambios posturales, si procede ○ Colocar al paciente sobre un colchón terapéutico adecuado (colchón neumático) ○ Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición ○ Colocar en posición de alineación corporal correcta ○ Colocar en posición para el alivio de la disnea (posición semi fowler), 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tromboembolism o pulmonar ○ Contractura muscular ○ Cambios en la integridad De la piel ○ Estreñimiento ○ Atrofia muscular

						X	224 Terapia de ejercicios: Movilidad articular	<p>cuando corresponda</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Poner apoyos en las zonas edematosas o prominencia óseas (almohadas debajo de los brazos y miembros inferiores) si procede. ○ Realice cambios posturales cada 2 horas y colocar almohadillas en zonas de prominencia óseas. ○ Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello. ○ Evitar colocar al paciente en una posición que aumente el dolor ○ Coloque al paciente en alineación corporal adecuada en cada cambio postural. ○ Colocar medidas anti embolicas y/o profilaxis 	
--	--	--	--	--	--	---	---	--	--

								<p>antitromboticos según indicación medica</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Determinar las limitaciones del movimiento articular y realizar masajes simples. ○ Coordinar con terapia física para para el inicio de fisioterapia. ○ Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios. ○ Explicar el fundamento del tipo de ejercicios al paciente, ○ Determinar la localización de la molestia o dolor durante el movimiento. ○ Establecer medidas de control del dolor antes de 	
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

DIAGNOSTICO	RESULTADO	1	2	3	4	5	INTERVENCIONES			COMPLICACIONES
								<p>comenzar terapia física.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Realizar ejercicios de margen de movimientos pasivos y/o activos. ○ Establecer una secuencia de actividades diarias de cuidados para potenciar el efecto de la terapia específica de ejercicio. ○ Vigilar la respuesta emocional, cardiovascular y funcional del paciente al protocolo de ejercicios. ○ Proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada. 		

ENFERMERO	NOC/RESULTADOS							ACTIVIDADES	
Ansiedad R/C cambios en el estado de salud, amenaza de muerte E/P temor, agitación, insomnio, diaforesis taquicardia sinusal (00146)	1211 Nivel de ansiedad					X	5820 Disminución de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> ○ Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente. ○ Utilizar un enfoque sereno que de seguridad. ○ Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. ○ Permanecer con el paciente para promover 	Alcalosis respiratorio Depresión Estrés Trastorno del Sueño.

								<p>seguridad y reducir el miedo</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aplicar masajes simples en espalda, cuello para la relajación. ○ Crear un ambiente que facilite la confianza. ○ Identificar los cambios en el nivel de ansiedad ○ Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad ○ Brindar apoyo 	
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

									<p>emocional.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mantener el contacto visual con el paciente. ○ Demostrar empatía, comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. ○ Establezca una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. ○ Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad. ○ Acariciar la 	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

								<p>frente, si procede.</p> <ul style="list-style-type: none">○ Ajustar el ambiente (luz, ruidos, temperatura) para favorecer el sueño.○ Fomentar la implicancia familiar.○ Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIAGNOSTICO ENFERMERO	RESULTADO NOC/RESULTADOS	1	2	3	4	5	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
Riesgo de infección F/R procedimientos invasivos (TET, LA, CVC, SNG, SONDA FOLEY)INMUNOSU PRESION,ANEMIA (00004)	1924 Control de riesgo: Proceso Infeccioso					X	6540 Control de Infecciones	<ul style="list-style-type: none"> ○ Realizar el lavado de manos aplicando los cinco momentos. ○ Limpiar y desinfectar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes. ○ Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles. ○ Mantener técnicas de aislamiento. ○ Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción de líneas centrales o procedimientos invasivos. ○ Limitar el número de visitas. ○ Asegurarse que los familiares realicen lavado de manos antes de ingresar a la unidad de cuidados intensivos y mantener las medidas de bioseguridad. ○ Mantener un Sistema cerrado

								<p>mientras se realiza la monitorización hemodinámica invasiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fijar la sonda foley para evitar retorno de la orina ○ Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. ○ Evaluar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones- ○ Vigilar exámenes auxiliares (recuento de glóbulos blancos, granulocitos, PCR,PCT) ○ Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor o drenaje de la piel y mucosas ○ Fomentar una ingesta nutricional adecuada ○ Administrar terapia de antibióticos, si procede. ○ Informar al personal médico sobre resultados de cultivos
--	--	--	--	--	--	--	--	---

									positivos.
--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------

DIAGNOSTICO ENFERMERO	RESULTADO NOC/RESULTADOS	1	2	3	4	5	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
Riesgo de ulcera por presión F/R factores mecánicos, fuerza de cizallamiento, inmovilidad y presión (00249)	1101 Integridad tisular: Piel membranas y mucosas.					X	3540 Prevención de Ulcera por Presión	<ul style="list-style-type: none"> ○ Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del paciente (ESCALA DE BRADEN) ○ Documentar cualquier incidencia anterior de formación de ulcera por presión. ○ Documentar el peso y cambios de peso. ○ Registrar y evaluar el estado de la piel durante el ingreso y luego en cada turno. ○ Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambio de posición. ○ Eliminar la humedad excesiva en la piel por la transpiración , el drenaje de heridas y la

							X	3590 Vigilancia de la Piel	<p>incontinencia fecal y urinaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aplicar barreras de protección como cremas corporales, si procede. ○ Aplicar protectores en zonas de presión (hule Gel, guantes de agua, etc) ○ Colocar el programa de giros al pie de cama del paciente. ○ Asegurar la nutrición enteral según indicación médica. ○ Movilización cada 2 horas, si procede. ○ Mantener la cama limpia, seca y sin pliegues. ○ Controlar la temperatura de la piel a horario. ○ Observar color, calor, pulso, si hay edema en las extremidades. ○ Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. ○ Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas o
--	--	--	--	--	--	--	---	----------------------------	---

								<p>guantes de agua para elevar los puntos de presión encima del colchón.</p> <ul style="list-style-type: none">○ Utilizar colchón neumático.
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anexo 4

Guía de valoración basada en la Teoría de Dorotea Orem.

I.-Factores condicionantes básicos

Nombre _____ Edad _____

Género _____ Fecha _____ Talla _____ Peso _____ Estado civil _____ Religión _____ Ocupación _____

Escolaridad _____ ¿Con quién vive? _____ ¿Quién depende de usted? _____ Padece enfermedad crónica ó aguda _____ Tipo _____ Tipo de familia: Extensa _____ Nuclear _____ Compuesta _____ Integrada _____ Desintegrada _____

¿Qué rol tiene en su familia? _____ ¿Como es la comunicación familiar? _____ ¿Quién cubre sus necesidades? _____

Cuenta con todos los servicios en su domicilio: Si _____ No _____ ¿Que espera en relación con su salud? _____

II.- Requisitos de Autocuidado Universales: Presenta problemas para respirar: Si _____ No _____ Tipo _____ Requiere Soporte respiratorio: Ventilador _____ Oxigenoterapia _____ Cantidad _____ Presenta tos: Aguda _____ Crónica _____ Tiene tratamiento de base _____ Tipo__ Presenta secreciones: Si _____ No _____ Características _____ Camina sin agitarse: Si _____ No _____ Porque _____ Fr _____ Tipo de respiración _____ Otro signo o síntoma _____

Piel: Presenta lesiones: Si _____ No _____ Tipo _____ Color _____

Temperatura _____ Turgencia _____ Edema(+) _____ Presenta: Hematomas _____ Prurito _____ Otro _____

Enrojecimiento _____ Cuidado de su piel _____ Otro s y s _____ Cardiovascular: T/A _____ Fc _____ Presenta: Dolor precordial _____ Edema en _____

Adinamia_____ Náuseas_____ Vómito_____ Otros y s
 _____ Agua: ¿Qué cantidad
 consume?_____ Cubre sus necesidades requeridas _____ Presenta
 Deshidratación: Si_____ No_____ Tipo _____ En
 mucosas_____ Piel_____ General_____ Alimentos: De mayor
 frecuencia _____ Ingiere
 suplementos_____ Tipo_____ ¿Cambio la dieta por su enfermedad?:
 Si_____ No_____ Tipo_____ ¿Ha aumentado de peso?:
 Si_____ No_____ Cantidad_____ ¿Ha disminuido de peso?: Si_____ No_____
 Cantidad_____ ¿Tiene algún significado para usted?: Si_____ No_____
 Tipo_____ Presenta: Anorexia_____ Dolor
 abdominal_____

Desnutrición_____

Eliminación: ¿Cuántas veces orina al día?_____ Cantidad_____

Características_____ Sonda Foley_____ Tiempo de
 colocación_____ Presenta: Dolor_____ Incontinencia_____

Anuria_____ Oliguria_____ Hematuria_____ Otros y
 s_____ Evacuaciones: Presenta:

Estreñimiento_____ Diarrea_____ Hemorroides_____ Otros y s
 _____ Actividad y Reposo: Necesita apoyo al moverse_____ ¿Realiza
 ejercicio en casa?_____ ¿Tiene energía para?: Alimentarse_____

Moverse_____ Bañarse_____ Trabajar_____ Horas de sueño_____ Siestas_____

Insomnio_____ Estado neurológico: Estado de conciencia_____ Pupilas:
 Reactivas_____ Isocóricas_____ Anisocóricas_____ Presenta Nerviosismo_____

Ausente_____ Agresivo_____ Tranquilo_____ Triste_____ Deprimido_____ Actitud
 acorde _____ con _____ sus
 palabras_____

Estado psicosocial: ¿Le gusta la convivencia?_____ ¿Se considera persona
 sociable?_____ ¿Cómo _____ considera _____ su
 comunicación?_____ Emocionalmente como se
 siente_____ Presenta:

Problemas para escuchar: Si_____ No_____ Utiliza apoyo: Visual_____

Auditiva_____ Motivo de salud que impida desarrollarse_____ Otros y
 s_____ Prevención de peligros contra la salud: ¿Fuma?:

Si_____ No_____ Cantidad_____ Tiempo_____ ¿Ingiere bebidas
 alcohólicas?_____ Cantidad _____Tiempo_____ ¿Tiene control
 médico? frecuente_____ Detecciones
 oportunas_____

_____ Normalidad: ¿Usted se acepta?: Física_____ Emocional_____

Familiar_____ Profesional_____ Socialmente_____ ¿Qué opina de su
 vida?_____

_____ Historia familiar: Familiares Enfermos_____ ¿Qué tipo de
 enfermedad?_____ Familiares fallecidos_____

Parentesco_____

_____ Del desarrollo: Etapa del desarrollo en la que se encuentra
 _____ ¿Problema de salud en?: Niñez_____

Escolar_____ Adolescencia_____

Adulto_____ Edad fértil_____

Otro_____ Salud sexual: ¿Ha recibido educación sexual?_____ ¿Está
 satisfecho con su vida sexual?_____ N° de hijos _____ Presenta: Problemas de
 infertilidad_____ ETS_____ Cirugías previas_____

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- Steinberg; Joel S.; Síndrome de Guillain-Barré: Una guía de atención

Aguda para profesionales médicos. (2012). [Fecha de acceso 24 de abril].

Disponible en: [http //www.gbs-cidp.org/wp content/uploads/2013/08/AcuteCareICU13SP-](http://www.gbs-cidp.org/wp-content/uploads/2013/08/AcuteCareICU13SP-)

Ed.pdf.

2.- Resolución Ministerial N° 302 – 2015 / minsa: “norma técnica de salud para la elaboración y uso

de guías de práctica - clínica del ministerio de salud. [Fecha de acceso 20 abril 2016]. Disponible en:

<http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/guias/NT-GPC1.pdf>.

3.- Nanda Internacional.Nanda Nic-Noc

Diagnósticos enfermeros Definición y clasificación 2015 – 2017 Edit. El Sevier. España 2015.

4.- El Sevier: NNN cónsul. Manual de uso de taxonomías Nanda Nic, Noc Disponible:

<https://biblioteca.ucm.es/data/cont/media/www/pag->

21364/Guia%20NNN%20Consult%20Planes.pdf