



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Instituto Politécnico de la Salud “Luis Felipe Moncada”

Departamento de Enfermería

Licenciatura en Enfermería en Salud Pública

Tema: Enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles.

Tema delimitado: Factores que influyen en las complicaciones de los pacientes con Síndrome de Guillain Barré en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca en el período de Enero-Octubre del 2016.

Autores:

- **María Celeste Meza Andino**
- **Juana Antonia Ortiz Hernández**
- **Nancy Raquel Ruiz García**

Tutor: MSc. Wilber Antonio Delgado Rocha

Docente del Departamento de Enfermería

Managua, 21 de Noviembre del 2018

Resumen

El presente estudio pretenderá analizar los factores que influyen en las complicaciones de los pacientes con síndrome de Guillain Barré en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca en el período Enero-Octubre del 2016. Se realizará un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, por lo tanto, de acuerdo a la resolución del problema del estudio, la investigación se considera aplicada, porque se utiliza los conocimientos adquiridos, llevándolos directamente de la práctica social. Serán analizados los datos sobre las características sociodemográficas, variantes clínicas, tratamiento más utilizado, cuidados de enfermería implementadas y complicaciones que presentaron estos pacientes durante la hospitalización, dentro de los criterios de inclusión se presentan: pacientes con diagnóstico de Síndrome de Guillain Barré, con historia clínica y examen neurológico completo, mientras que los criterios de exclusión se encuentran: pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain Barré cuyos expedientes clínicos se encuentren extraviados o incompletos, que durante su estancia se halla descartado diagnóstico de síndrome de Guillain Barré. Por ende, la técnica que se implementará es la ficha de recolección de información, porque es a través de esta técnica que se logrará capturar datos sobre las variables de estudios, porque estas se obtendrán mediante el expediente clínico de cada sujeto, la que está constituida por un universo de 34 pacientes ingresados en el 2016. Se sometió el instrumento a una revisión de expertos en el contenido y metodológica por parte de un médico especialista en medicina interna y una docente con especialidad en salud pública y epidemiología, en el cual estos docentes realizaron observaciones para mejorar los instrumentos como especialistas de la temática.

Palabras Claves: variantes clínicas, tratamiento del síndrome, cuidados de enfermería, complicaciones del Síndrome de Guillain, factores influyente.

Índice

1. Introducción	1
2. Antecedentes	2
3. Justificación	3
4. Planteamiento del problema	4
4.1. Caracterización del problema	4
4.2. Delimitación del problema	5
4.3. Sistematización del problema	6
5. Objetivos de investigación	7
6. Marco teórico	8
6.1. Síndrome de Guillain Barré	8
6.1.2. Historia del síndrome en Nicaragua	8
6.2. Epidemiología del síndrome Guillain	9
6.2.1. Características clínicas Síndrome de Guillain Barré:	10
6.2.2. Causas del Síndrome de Guillain Barré	10
6.2.3. Historia natural de la enfermedad	11
6.2.4. Relación en ciertas épocas del año con la aparición del Síndrome Guillain Barré:	12
6.3. Características sociodemográficas:	13
6.3.1. Edad	13
6.3.2. Sexo	13
6.3.3. Estado civil	13
6.3.4. Escolaridad	13
6.3.5. Procedencia	14
6.3.5. Ocupación	14
6.3.6. Estado nutricional	14
6.4. Cuadro clínico del Síndrome de Guillain Barré	15
6.4.1. Manifestaciones clínicas del síndrome	16
6.4.2. Otras características del Síndrome de Guillain Barré	17
6.5. Variantes clínicas de Síndrome de Guillan Barré	17
6.5.1. Polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (AIDP)	18
6.5.2. Neuropatía axonal sensitivo-motora aguda (AMSAN)	18

6.5.3. Neuropatía axonal motora aguda (AMAN)	18
6.5.4. Síndrome de miller-fisher (SMF).....	18
6.6. Tratamiento del síndrome de Guillain Barré	19
6.6.1. Inmunoglobulina.....	19
6.6.2. Plasmaféresis	19
6.7. Cuidados implementados en pacientes con síndrome de Guillain Barré.....	20
6.7.1 Definición de cuidado	20
6.7.2 Monitorización de los signos vitales	21
6.7.3. Control de la vía aérea y ventilación mecánica	23
6.7.4. Control de dolor.....	24
6.7.5. Rehabilitación	24
6.7.6. Control de deposiciones y diuresis	25
6.7.7. Otros cuidados implementados en pacientes con Síndrome De Guillain	26
6.8. Complicaciones del Síndrome de Guillain Barré	26
6.8.1 Definición de complicación	26
6.8.2. Tipos de complicaciones del Síndrome de Guillain Barré	27
6.8.3. Disautonomía (arritmias cardíacas, hipertensión e insuficiencia cardíaca)	27
6.8.4. Sepsis relacionada a catéter.....	28
6.8.5. Otras complicaciones	28
7. Diseño metodológico.....	30
7.1. Enfoque de la investigación	30
7.2. Según el tiempo y ocurrencia de los hechos y registro de la información.....	30
7.3. Según el período y secuencia del estudio	30
7.4. Según el análisis y el alcance de los resultados (el nivel de profundidad que se desea lograr)	31
7.5. Según la aplicabilidad de los resultados.....	31
7.6. Área de estudio.....	32
5.6.1 Macrolocalización	32
5.6.2. Microlocalización	32
7.7. Criterios de inclusión	33
7.9. Población.....	33
7.10. Variables de estudio.....	34
7.11. Operacionalización de variables	35

7.12.	Método, técnicas e instrumentos de recolección de datos	42
7.13.	Procedimiento a aplicar el instrumento	43
7.14.	Validación de instrumentos.....	44
7.15.	Aspectos éticos en la investigación	44
7.16.	Plan de tabulación/análisis.....	45
7.17.	Presentación de la información.....	45
8.	Cronograma de actividades	46
9.	Presupuesto	47
10.	Referencias bibliográficas.....	48
Anexos	49

1. Introducción

El síndrome de Guillain Barré es una polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda, así mismo un trastorno desmielinizante de los nervios periféricos, de tipo monofásico, con remisión espontánea, caracterizada clínicamente por parálisis flácida con arreflexia y elevación de las proteínas en el LCR, dentro de las variantes de este síndrome se cita en primer lugar el síndrome de Miller Fisher (SMF), Polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (PDIA), Neuropatía Motora Axonal aguda (NMAA), Neuropatía Sensitivo Motora Axonal Aguda (NSMAA) (Organización Panamericana de la Salud, 2016)

De acuerdo, a la situación en Nicaragua del síndrome de Guillain en el periodo 1997-2012 se registra un total de 123 defunciones, por consiguiente, la tasa de mortalidad general en el periodo 2005-2012 presentó una tendencia ascendente al pasar de 0.09 a 0.18 por 100,000 habitantes, siendo alarmante dicho evento, porque en promedio fallecen 8 personas anual por SGB.

Es por ello que se le brinda cobertura en atención de salud en nivel secundario y actualmente en el nivel primario, a pacientes con signos y síntomas asociados con el lineamiento de la política Nacional de la Salud (art 387), la cual consiste en: Atender sistemáticamente los problemas endémicos y epidémicos del país, de tal manera que se reduzcan al máximo las muertes por causas evitables: asegurando una respuesta oportuna a los brotes que se presenten; priorizar las acciones que tengan incidencia en problemas como la desnutrición infantil, enfermedades diarreicas agudas, (EDA), infecciones respiratorias agudas, IRA, leptospirosis, Chagas, Leishmaniasis, Influenza humana (HN1N1), incluyendo los desastres naturales (Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, 2012), que al igual que las líneas de investigación de Salud Pública enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles, que incluye como temática de importancia para disminuir su incidencia y prevalencia.

2. Antecedentes

Se buscaron trabajos, estudios o referencias en bibliotecas, centros de documentación, revistas científicas nacionales e internacionales que abordan la misma temática expuesta en este escrito del síndrome de Guillain Barré, pero no se encontraron antecedentes.

Si bien, en el Hospital Antonio Lenin Fonseca, no existe ningún trabajo realizado sobre Factores que influyen en el desarrollo de este síndrome, pero cabe destacar que si se han realizado estudios en esta institución sobre comportamiento clínico-epidemiológicos y los factores de riesgos pronósticos con síndrome de guillain barré en los pacientes, pero abordando solamente desde el punto de vista médico y clínico, que no es un cien por ciento idéntico al tema de investigación, no obstante los resultados fueron satisfactorios, porque sirvió de base para mejorar este trabajo y aportó algunos elementos a este estudio que dentro de ellos si los conlleva.

Este trabajo es innovador para la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-Managua), porque no existen monografías, ni seminarios de graduación de ningún tema que este asociado, por tal razón se llevó a cabo este estudio, para que sirva como referencia a estudios posteriores y así mismo será de gran a porte para un futuro al servicio donde se realizó el estudio.

3. Justificación

El síndrome de Guillain Barré afecta a un porcentaje importante de pacientes, porque se presenta como una patología poco común, hasta el punto de que en la actualidad se considera como la primera causa de parálisis aguda generalizada, ocasionando elevados costos económicos y sociales tanto al sistema de salud como al de los pacientes, así mismo, se han reportados diferentes tipos de procesos infecciosos asociado a su aparición, por lo cual es de interés identificar cuáles son los factores que influyen en las complicaciones del síndrome de Guillain Barré, porque son muchos los casos de esta enfermedad que se presentaron en el año 2016 en el hospital Antonio Lenin Fonseca, en el que se desconocía la relación entre la exposición y el tiempo de aparición de la enfermedad en estos pacientes.

El realizar este estudio permitirá ampliar los conocimientos científicos para que sean aplicados al momento de ejercer la profesión y brindar a los pacientes la atención adecuada a sus necesidades.

Con esta investigación el Hospital Antonio Lenin Fonseca, se beneficiará porque podrá contar con elementos para impulsar medidas estratégicas como: una detección temprana de esta patología, la optimización del tratamiento médico y la reducción de sus complicaciones y secuelas, la investigación también es factible y oportuna para el personal de enfermería para influir positivamente en los cuidados especiales que se le deben de brindar a estos pacientes, de igual manera serán beneficiados los estudiantes de enfermería, quienes tendrán una base para realizar estudios posteriores relacionados al tema, además obtendrán conocimientos acerca de la temática, la que contribuirá a su formación profesional en cara ante una situación de salud que se pueda dar en el desempeño de su labor.

4. Planteamiento del problema

4.1. Caracterización del problema

Hasta la fecha, se estima que, el síndrome de Guillain-Barré es la principal causa de parálisis neuromuscular en el mundo occidental y tiene una incidencia anual de 1 a 2 casos por cada 100 000 habitantes (Organización Mundial de la Salud, 2016)

Por consiguiente, de acuerdo a registros establecidos por La Organización Panamericana de la Salud (2016): En Nicaragua el síndrome de Guillain Barré, ocasionó en el período 1997-2012, un total de 123 defunciones, 64% en sexo masculino y 36% en sexo femenino, el 13.8% fue en grupo de edad de 20 a 24 años, 9.8% en edad de 25 a 29 años, 8.1% en edad de 45-49 años.

El 52.8% de las defunciones se registraron en los SILAIS de Managua (27.6%), León (8.9%), Chontales (8.1%) y Masaya (8.1%), así mismo, la tasa de mortalidad general en el período 2005-2012, presentó una tendencia ascendente al pasar de 0.09 a 0.18 por 100,000 habitantes, sin embargo la tasa de mortalidad específica para el grupo de edad de 55 años a más, es cuatro veces mayor que el valor de la tasa del país. En promedio fallecen 8 personas anualmente por SGB, lo que ocasionó un problema de alto impacto en el país, porque se desconocía su origen, factores de riesgo, así como los cuidados específicos que se les debían brindar a estos pacientes, además que este síndrome puede provocar discapacidad prolongada y en el curso de la enfermedad puede ser fulminante, con la evolución rápida que requiere de asistencia ventilatoria a los pocos días (Organización Panamericana de la Salud, 2016)

4.2. Delimitación del problema

El síndrome de Guillain Barré es considerado la causa más importante de parálisis flácida aguda a nivel mundial. A pesar de su baja incidencia, es una enfermedad que tiene un alto impacto debido a que genera invalidez transitoria, hospitalizaciones prolongadas con cuidados intensivos y procedimientos de alto costo, discapacidad y secuelas hasta en 20% de los casos y mortalidad entre 2%-10%(Organización Panamericana de la Salud, 2016).

Por lo tanto, Nicaragua registró en el año 2016 el mayor brote del síndrome de Guillain Barré, lo cual causó en el país una gran preocupación, porque aumento la tasa de morbi-mortalidad en el país y ocasiono daños en los pacientes que sobrevivieron a esta enfermedad, como perdida de la sensibilidad y movimientos, por ende conlleva al uso de silla de ruedas o dependencia de algún miembro de su familia.

Por consiguiente, durante prácticas de profesionalización y fase exploratoria que se realizó en el Hospital Antonio Lenin Fonseca, se observó que en el año 2016 se incrementaron los casos de Síndrome de Guillain Barré, así como el número de pacientes infectados con el virus de zika, en el cual hubieron dos fallecidos y aproximadamente 34 personas afectadas con este síndrome; sin embargo en ese momento se desconocía la causa u origen de este, así como no se tenía claro que factores estaban influyendo a este problema, esto conlleva a que a raíz de otro brote en Nicaragua se aumenten los casos de morbi-mortalidad en el país, por ello, es necesario hacer esta investigación sobre los factores que influyen a las complicaciones de este síndrome, con el propósito que se disminuya la incidencia de esta enfermedad. Por lo antes planteado, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores que influyen en las complicaciones de los pacientes con síndrome de Guillain Barré en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca en el período Enero-Octubre del 2016?

4.3. Sistematización del problema

¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes ingresados por Síndrome de Guillain Barré?

¿Con qué variantes clínicas fueron diagnosticados los pacientes ingresados por Síndrome de Guillain Barré?

¿Cuál fue el tratamiento que más se les administró a los pacientes con dicho Síndrome?

¿Cuáles son los cuidados de enfermería implementados en los pacientes durante la hospitalización?

¿Qué complicaciones presentaron los pacientes diagnosticado con Síndrome de Guillain Barré en el Hospital Antonio Lenin Fonseca?

5. Objetivos de investigación

Objetivo general

Analizar los factores que influyen en las complicaciones de los pacientes con síndrome de Guillain Barré en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca en el período Enero-Octubre del 2016.

Objetivos específicos

- Caracterizar sociodemográficamente a los pacientes ingresado por Síndrome de Guillain Barré
- Describir las variantes clínicas con las que fueron diagnosticados los pacientes ingresados por Síndrome de Guillain Barré
- Identificar el tratamiento que más se le administró a los pacientes con dicho Síndrome
- Determinar los cuidados de enfermería implementados en los pacientes durante la hospitalización.
- Identificar las complicaciones más frecuentes que presentaron los pacientes diagnosticado con Síndrome de Guillain Barré en el Hospital Antonio Lenin Fonseca.

6. Marco teórico

6.1. Síndrome de Guillain Barré

Esta patología tiene una aparición poco frecuente y una considerable variación de sexos y edades, sin embargo existen muchas definiciones acerca del Síndrome Guillain Barré siendo la definición mas usual la que nos plantea, Ávila Montero, Mariona Montero, & Melano Carranza(2002), la cual indica que:

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una enfermedad reactiva, monofásica y autolimitada desencadenada por una infección. Una bacteriana o viral precedente y que ocasionalmente puede tener un comportamiento clínico recidivante. El SGB se ha relacionado también con enfermedades sistémicas, enfermedades malignas, el embarazo, traumatismos, infecciones graves, con cirugías y con trasplantes (de medula ósea u órganos). Aunque la patogénesis no es clara, hay evidencia sugerente de que el SGB es consecuencia de un proceso mediado por autoinmunidad. El SGB ocurre por una respuesta inmune y equivocada que ataca al tejido nervioso del huésped. La reacción autoinmune contra estos hipotéticos resulta en neuropatía aguda desmielinizante inflamatoria o las formas axonales agudas. El SGB afecta a la población mundial con una incidencia anual de aproximadamente 1.2 a 8.6 casos por 100,000 personas. Todas las razas y ambos géneros tienen un riesgo similar. Todas las edades se afectan, aunque hay una distribución bimodal. Por lo tanto, las medidas de apoyo son fundamentales para el tratamiento adecuado. (P.357)

6.1.2. Historia del síndrome en Nicaragua

Desde la aparición de una de las enfermedades más raras existentes como lo es el Síndrome Guillain Barré se registran muy poca información acerca de la misma por lo que en Nicaragua en el período 1997-2012, se registra un total de 123 defunciones, 64% en sexo masculino y 36% en sexo femenino, el 13.8% fue en grupo de edad de 20 a 24 años, 9.8% en edad de 25 a 29 años, 8.1% en edad de 45-49 años. El 52.8% de las defunciones se registraron en los SILAIS de Managua (27.6%), León (8.9%), Chontales (8.1%) y Masaya (8.1%) y en el 2016 se presentaron en Managua 34 casos de los cuales hubieron 3 defunciones, predominancia sexo masculino con un 60%, y con asistencia de ventilación

mecánica un 8%. La tasa de mortalidad general en el período 2005-2012, presenta una tendencia ascendente al pasar de 0.09 a 0.18 por 100,000 habitantes, sin embargo, la tasa de mortalidad específica para el grupo de 55 años a más, es cuatro veces mayor el valor. En promedio fallecen 8 persona anualmente por SGB en el país (Organización Panamericana de la Salud, 2016 p. 4).

6.2. Epidemiología del síndrome Guillain

La epidemiología de este síndrome a pesar que tiene una baja incidencia, pero tiene un gran impacto debido que genera invalidez transitoria, por lo que Acosta, Cañiza, Romano, & Araujo (2007, p.15) afirma que:

En el mundo se reporta una incidencia anual de 1 a 3 cada 100000 habitantes. Suele afectar a personas de cualquier edad y sexo con 2 picos de presentación: uno en la etapa adulta joven y otra en ancianos, es rara en niños menores de un año de edad. El trastorno suele aparecer unos días o semanas después de que la persona haya tenido síntomas de infección viral respiratoria o intestinal, en algunas ocasiones, el embarazo, cirugías o las vacunas pueden desencadenar el síndrome.

Por consiguiente, en la mayoría de los pacientes con SGB (60-70%) la enfermedad es precedida por una infección viral o bacteriana, tal como refiere Torrecelli & Varas (2009, parr.7), epidemiologicamente este SGB es:

Trastorno relativamente infrecuente, con una incidencia que oscila entre 0.5 a 1.5 casos por 100.000 individuos en la población de 0-17 años11-14. Es una enfermedad bien reconocida en todos los países del mundo, y es la causa más frecuente de parálisis flácida aguda en los países en los cuales la vacunación sistemática contra la poliomielitis ha permitido erradicarla15-17. El SGB afecta a pacientes de todas las edades, desde la época de lactante hasta la vejez, pero es menos frecuente en la edad pediátrica. Afecta a ambos sexos en una proporción V/M de 1.5-118.

Asimismo, el Síndrome de Guillain Barré se asocia frecuentemente con una historia reciente de infección. La gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* es el antecedente

patógeno más frecuente en el SGB, especialmente la forma axonal 19, 20. En varias series representa el 23-41% de los casos esporádicos 21, 22. Los agentes virales se asocian también con frecuencia al SGB: citomegalovirus en 8-22%, Epstein-Barr en 2-10% y herpes zoster en el 5% de los casos^{23, 24}. El SGB se ha asociado también con infección por *Mycoplasma pneumoniae*²⁵ y *Haemophilus influenzae*.

6.2.1. Características clínicas Síndrome de Guillain Barré:

Este síndrome no tiene un agente causal específico solo se asocia con infecciones gastrointestinales y respiratorias provocadas por campylobacter jejuni, el cytomegalovirus y el virus de Epstein barr que tiene una aparición súbita según La Organización mundial de la salud (2016, parr. 3-4) manifiesta que el SGB se caracteriza porque:

Los síntomas suelen durar pocas semanas y la mayoría de los casos se recuperan sin complicaciones neurológicas graves a largo plazo.

- Los primeros síntomas consisten en debilidad u hormigueo, que suelen empezar en las piernas y pueden extenderse a los brazos y la cara.
- En algunos casos puede producir parálisis de las piernas, los brazos o los músculos faciales. En el 20% a 30% de los casos se ven afectados los músculos torácicos, con lo que se dificulta la respiración.
- En los casos graves pueden verse afectadas el habla y la deglución. Estos casos se consideran potencialmente mortales y deben tratarse en unidades de cuidados intensivos.
- La mayoría de los casos, incluso los más graves, se recuperan totalmente, aunque algunos siguen presentando debilidad.

6.2.2. Causas del Síndrome de Guillain Barré

La aparición del síndrome es precedida a menudo por infecciones bacterianas o víricas. Así mismo, puede ser desencadenado por vacunaciones o intervenciones quirúrgicas.

En los países afectados por casos de infección por el virus de zika se ha descrito un aumento imprevisto de los casos de síndrome de Guillain-Barré. De acuerdo con los datos

existentes, la explicación más probable es que la infección por el virus de zika sea un desencadenante del síndrome (Diaz Soto, 2016, parr 3).

6.2.3. Historia natural de la enfermedad

6.2.3.1. Definición

Cuando existe una alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes, se dice que se está en presencia de una enfermedad. Toda enfermedad que se manifiesta en el ser humano aparece como resultado de un proceso dinámico en el que han intervenido varios factores. Por ello, Santos (S.F párr. 1), establece que la historia natural de la enfermedad es:

El curso de la enfermedad desde el inicio hasta su resolución. En otras palabras, es la manera propia de evolucionar que tiene toda enfermedad o proceso, sin ninguna intervención médica, parte de los elementos de la historia natural comprende los periodos de la enfermedad, y la Triada ecológica.

De igual manera, el mismo autor manifiesta que la historia natural se divide en los siguientes elementos o períodos:

6.2.3.2. Período prepatogénico:

Esta fase se da previo al inicio de la enfermedad, el ser vivo no presenta manifestaciones clínicas, ni cambios celulares, tisulares u orgánicos. Está conformado por las condiciones del huésped, el agente y el medio ambiente.

6.2.3.3. Período patogénico:

Es el período donde se presenta la enfermedad, en este se muestran los cambios que se presentan en el huésped una vez realizado un estímulo efectivo.

6.2.3.4. Cadena epidemiológica:

Es también conocida como cadena de infección, es utilizada para entender las relaciones entre los diferentes elementos que conducen a la aparición de una enfermedad transmisible, está compuesta por el agente, el huésped y el medio ambiente

Sin embargo, en caso del Síndrome Guillain Barré no existe un agente infeccioso específico causante de la enfermedad, por lo que no se puede hacer descripción de la historia natural de este, aunque existen múltiples factores que intervienen para que se desarrolle esta patología entre los que esta: personas que tienen SIDA, Herpes simple, mononucleosis, igualmente puede ocurrir con otras afecciones tales como el lupus eritematoso sistémico o la enfermedad de Hodgkin, de igual manera estudios recientes realizan una relación con el virus del zika, aunque aún no está comprobado.

6.2.4. Relación en ciertas épocas del año con la aparición del Síndrome Guillain Barré:

Algunos estudios no han identificado una relación entre la incidencia y la predilección estación a pesar de la asociación clara entre un factor desencadenante infeccioso de vías respiratorias, en los meses de invierno, o de tracto intestinal en meses calurosos. Algunos informes epidemiológicos han demostrado un incremento de casos en los meses de otoño-invierno. En el año 2004, demostró que 62% de sus casos ocurrió entre los meses de septiembre a febrero, y 38% en el periodo primavera-verano, durante los meses de marzo a agosto. En el año 1993, en un estudio realizado en China, reportaron un incremento en la incidencia de la forma AMAN en los meses de verano. Esta variedad en los meses de verano. Esta variedad del SGB está estrechamente asociada con las infecciones gastrointestinales por campylobacter jejuni, la cual tiene una incidencia más alta en los meses calurosos. Esto contrasta notablemente con los resultados observados en el presente estudio (Diego, García Ramos, Ruano Calderon, Sosa Hernández, & Méndez Castillo, 2012, pp17-18) Esto contrasta notablemente con los resultados observados en el presente estudio. En la mayoría de los estudios previos en pacientes mexicanos no se reportó un predominio estacional del síndrome.

6.3. Características sociodemográficas:

6.3.1. Edad

El síndrome de Guillain Barré suele afectar a personas de cualquier edad, con 2 picos de presentación: uno en la etapa adulta joven y otra en ancianos, es muy rara en niños menores de 2 años, aunque el término edad ha sido definida desde muchas perspectivas, sin embargo, Carrión (2012) la define como el “tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad”.

6.3.2. Sexo

Para la mayoría de los estudios es necesario definir que es sexo por lo cual se describe que “en su definición relativa a género es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre”. (Carrión, 2012). No obstante, en casi toda la literatura existente, coincide que el síndrome de Guillain Barré tiene una frecuencia casi uniforme entre hombres y mujeres; algunos estudios reflejan que existe una relación aproximada 1.5:1 varón/mujer.

6.3.3. Estado civil

De acuerdo a Bembibre (2010, parr.1): se entiende por estado civil a la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo, con quien creará lazos que serán reconocidos jurídicamente, aunque el mismo no sea un pariente o familiar directo.

6.3.4 Escolaridad

Una de las definiciones mas relevantes sobre escolaridad, es establecida por El Ministerio de Educación (2010, parr.1), laque se entiende como:

Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria, siendo tambien este el nivel más

alto que una persona ha alcanzado, como, los tres niveles de educación formal son: preescolar, educación básica primaria y básica secundaria, y educación media.

6.3.5. Procedencia

Por otra parte, la palabra procedencia se emplea para designar el origen, el comienzo que ostenta algo, un objeto, una persona y del cual entonces procede. Normalmente, en este sentido del término lo que se puede conocer, ya sea de un objeto o de una persona es la nacionalidad que la misma presenta (Definición a.com, 2018, parr.1). Si bien, el síndrome de Guillain Barré, ha sido observada tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo, este aspecto adquiere importancia porque todas las personas tenemos el riesgo de desarrollarlo en cualquier momento de la vida.

6.3.5. Ocupación

En términos generales, por ocupación se refiere a la acción y resultado de ocupar o de ocuparse. Este término puede referirse a diversas cuestiones, adaptando al contexto según, Bembibre (2010) registra el término como:

Sinónimo de empleo (trabajo asalariado al servicio de un empleador), vocación (deseo de desempeñar una profesión o actividad, aunque todavía no se han adquirido los conocimientos y aptitudes necesarias para desempeñar la misma) y profesión (acción o función que se despliega en un ámbito, empresa, organización, por la cual se recibe un sustento y que suele requerir de conocimiento especializados adquiridos siempre a través de educación formal).

6.3.6. Estado nutricional

Tal como establece, Figueroa Pedraza (2012, parr3), en su artículo:

El estado nutricional es, primariamente, el resultado del balance entre las necesidades y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales, y secundariamente, el resultado de una gran cantidad de determinantes en un espacio dado representado por factores físicos, genéticos, biológicos, culturales, psico-socio-económicos y ambientales. Estos factores

pueden dar lugar a una ingestión insuficiente o excesiva de nutrientes, o impedir la utilización óptima de los alimentos ingeridos.

En la literatura revisada y estudios a nivel mundial, no se encuentra relación entre el estado nutricional y la ocurrencia del síndrome de Guillain Barré, sin embargo, es de esperar que ocurran menos complicaciones durante el curso natural de la enfermedad en pacientes con un adecuado estado nutricional.

Por lo tanto, para medir el estado nutricional de una persona se establece a través del IMC, el cual es definido por El Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (2010, parr1) como: “el índice de masa corporal (IMC) es el indicador internacional para evaluar estado nutricional en adultos, $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Estatura (m}^2\text{)}$ ”. Siendo los parametros los siguientes:

IMC < 18.5 = Bajo peso

IMC 18.5-24.9 = Peso normal

IMC 25.0-29.9 = Sobrepeso

IMC >30.0 = Obesidad

IMC >30.0 - 34.9 = Obesidad (grado 1)

IMC >35.0 - 39.9 = Obesidad (grado 2)

IMC >40.0 = Obesidad (grado 3)

6.4. Cuadro clínico del Síndrome de Guillain Barré

De acuerdo al cuadro clínico del Síndrome de Guillain Barré, La Organización Panamericana de la Salud (2016 parr. 3), establece que:

Los síntomas iniciales consisten en sensación de “adormecimiento” y “alfilerazos” en los dedos de los pies y en las manos, y en ocasiones por dolor en la región lumbar baja o en las piernas, seguido de debilidad muscular que suele iniciarse en los miembros inferiores para después afectar otros territorios. Esta debilidad es a veces progresiva y puede afectar sucesivamente piernas, brazos, músculos respiratorios y pares craneales, todo lo cual configura el cuadro clínico de parálisis ascendente de Landry.

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

6.4.1. Manifestaciones clínicas del síndrome

Los estudios realizados en los Estados Unidos y Europa, lo que refleja principalmente los pacientes con polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (PNDA), por ello, Salmerón Montenegro (2016, P. 7) muestra que el SGB se asocia con las siguientes características clínicas:

- ✓ A pesar de la debilidad general comienza en las piernas, se inicia en los brazos o los músculos faciales en un 10 por ciento de los pacientes.
- ✓ Que requiera asistencia respiratoria secundaria a debilidad muscular severa se desarrolla en el 10 al 30 por ciento de los casos reportados en series diferentes
- ✓ Disminución o abolición de los reflejos en brazos o piernas afectados se encuentran en aproximadamente el 90 por ciento de los pacientes en la presentación a todos los pacientes con progresión de la enfermedad.
- ✓ La debilidad facial ocurre en más del 50 por ciento y la debilidad orofaríngea,
- ✓ finalmente, se produce en el 50 por ciento.
- ✓ Debilidad oculomotora se produce en aproximadamente el 15 por ciento de los pacientes.
- ✓ Las parestesias en manos y pies acompañan a la debilidad en más del 80 por ciento de los pacientes, pero las anomalías sensoriales en el examen son con frecuencia leve.
- ✓ El dolor normalmente se encuentra en la parte posterior y en las extremidades, puede ser un elemento que se informó durante la fase aguda en un 66 por ciento de los pacientes con todas las formas de SGB.
- ✓ Disautonomía se produce en 70 por ciento de los pacientes y se manifiesta como síntomas que incluyen taquicardia (el más común), retención urinaria, hipertensión alterna con hipotensión, hipotensión ortostática, bradicardia, otras arritmias, íleo, y la pérdida de la sudoración. La disfunción autonómica severa es importante reconocer ya que esta se asocia ocasionalmente con muerte súbita.

6.4.2. Otras características del Síndrome de Guillain Barré

Características inusuales de SGB, incluyen edema de papila, mioquimia facial, pérdida de la audición, signos meníngeos, parálisis de las cuerdas vocales, cambios en el estado mental y el síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética. Además, el síndrome de encefalopatía posterior reversible, también conocido como síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible, se ha asociado con este síndrome en adultos y niños, probablemente relacionado con la hipertensión aguda de la disautonomía. (Chang Fong, 2015, p. 8)

Por consiguiente, el SGB generalmente progresa durante un período de aproximadamente dos semanas. A las cuatro semanas después de iniciado los síntomas el 90 por ciento de los pacientes con SGB pueden haber alcanzado el punto más bajo de la enfermedad. La progresión de la enfermedad durante más de ocho semanas es consistente con el diagnóstico de la polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (PDIIC)

Sin embargo, tal como establece, Chang Fong (2015, p.16) los síntomas adicionales que pueden aparecer en pacientes con Síndrome de Guillain Barre son:

- Visión borrosa.
- Dificultad para mover los músculos de la cara.
- Torpezas y caídas.
- Palpitaciones
- Contracciones musculares.

6.5. Variantes clínicas de Síndrome de Guillan Barré

Por décadas, estos cuadros clínicos se explicaron fisiopatológicamente como trastornos inflamatorios producidos por ataque inmunológico, cuyo blanco exclusivo eran los antígenos de la mielina periférica, por lo tanto, Erazo (2009, parr.11-14.) describe que:las variantes diagnósticas en el síndrome de Guillain Barré son los siguientes:

6.5.1 Polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (AIDP)

La AIDP es el prototipo del SGB y representa el 85-90% de los casos en Norteamérica, Europa y la mayoría de los países desarrollados. En los niños con AIDP el cuadro clínico se desarrolla 2 a 4 semanas después de una infección respiratoria o gastrointestinal. Son frecuentes las parestesias de los dedos de las manos y los pies, seguidas de debilidad simétrica distal de las extremidades inferiores, que puede ascender en horas o días hasta comprometer las extremidades superiores y, en los casos severos, la musculatura respiratoria. Los pares craneales están afectados en el 30-40% de los casos en cualquier momento de la evolución.

6.5.2. Neuropatía axonal sensitivo-motora aguda (AMSAN)

La AMSAN es un trastorno más grave que causa degeneración axonal motora y sensitiva con nula o mínima desmielinización. Fue descrita por Feasby y cols.⁴² en pacientes con clínica de SGB, nervios periféricos inexcitables y ausencia de desmielinización en el estudio anatomopatológico. La AMSAN muestra una recuperación más lenta que el SGB clásico, y las secuelas motoras y sensitivas son frecuentes.

6.5.3. Neuropatía axonal motora aguda (AMAN)

La AMAN representa un 10-20% de los casos de SGB en el mundo occidental y el 60-70% de los casos de SGB en el norte de China. Hace varios años que se describió en Sudamérica. Se asocia con mayor frecuencia a infección por *Campylobacter jejuni*.

El cuadro clínico no es necesariamente grave y la gravedad depende de la extensión de la lesión axonal. En los casos con exclusivo compromiso distal la recuperación es rápida y completa.

6.5.4. Síndrome de Miller-Fisher (SMF)

El SMF fue descrito por Fisher en 1956 y constituye alrededor del 3-5% de los casos de SGB en los países occidentales. Clínicamente se caracteriza por la asociación de ataxia, oftalmoplejía y arreflexia, que se presenta generalmente en el lapso de una semana.

El primer signo es habitualmente diplopía y diparesia facial, que se observa en el 50% de los casos. La oftalmoplejía externa se inicia generalmente en los rectos superiores, continúa

en los rectos laterales y finaliza en los rectos inferiores. Con frecuencia se observa el fenómeno de Bell pese a las parálisis de mirada voluntaria.

6.6. Tratamiento del síndrome de Guillain Barré

Todos los pacientes diagnosticados con el síndrome de Guillain-Barré deben ser internados para observación, inclusive con enfermedad leve, puesto que el acometimiento de los músculos respiratorios puede ocurrir rápidamente.

El síndrome de Guillain-Barré no tiene cura. Sin embargo, dos tipos de tratamientos pueden acelerar la recuperación y reducir la gravedad de la enfermedad:

6.6.1. Inmunoglobulina

El síndrome de Guillain-Barré es una enfermedad poco común de los nervios periféricos. El SGB causa debilidad, entumecimiento y dificultad para respirar. La administración de inmunoglobulina intravenosa (anticuerpos que se han purificado a partir de la sangre de donantes) acelera la recuperación del síndrome de Guillain-Barré grave tanto como el intercambio plasmático (extracción de sangre de una vena, separación del plasma de los glóbulos y luego transfusión de los glóbulos con un sustituto del plasma por otra vena). La inmunoglobulina intravenosa es un poco más segura que el intercambio plasmático y mucho más fácil de administrar. La inmunoglobulina intravenosa agregada al intercambio plasmático no es más eficaz que cualquiera de estos dos tratamientos por separado. Se requiere más investigación para determinar la mejor dosis. (Hughes, Swan, & A Van Doorn, 2010 parr. 1). Es por ello que, la inmunoglobulina intravenosa ayuda a acelerar la recuperación en adultos y probablemente en niños con síndrome de Guillain-Barré grave.

6.6.2. Plasmaféresis

El síndrome de Guillain-Barré es un rara, pero sería enfermedad de los nervios periféricos que causa una parálisis. En muchos casos hay una historia previa de infección respiratoria o gástrica que causa una respuesta alérgica en los nervios. Se cree que los

factores autoinmunes, como anticuerpos, causan la enfermedad, por lo cual se utiliza la plasmaféresis en el síndrome de Guillain-Barré.

Por consiguiente, Restrepo, Marquez, & Sanz (2009, par.1), define la plasmaféresis como:

Un procedimiento extracorpóreo, en el cual a partir de la sangre extraída del paciente se procede a separarla en sus componentes plasma y elementos celulares. Constituye una variedad de aféresis, cuyo objetivo de este tratamiento es el de remover estos anticuerpos del torrente sanguíneo e infundir una solución de reemplazo, generalmente albúmina. Por lo tanto, la revisión de ensayos mostró que la plasmaféresis ayuda a acelerar la recuperación del síndrome de Guillain-Barré. Es más beneficioso cuando se inicia dentro de los 7 días del comienzo de la enfermedad.

6.7. Cuidados implementados en pacientes con síndrome de Guillain Barré

6.7.1 Definición de cuidado

Existen muchas definiciones de cuidados, no obstante, El Ministerio de Salud y Política (2009, citando a Lagarde, 2003) indica, que el significado de cuidado es: “El conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr que la vida de cada persona, esté basada en la vigencia de los derechos humanos. Prioritariamente, el derecho a la vida en primera persona” (p. 20).

Por lo tanto, hablar de síndrome de Guillain-Barré (SGB) es señalar a una serie heterogénea de neuropatías periféricas, donde el hallazgo común en ellas es la Polirradiculoneuropatía de evolución rápida, que se desencadena casi siempre después de un proceso de tipo infeccioso. Se manifiesta frecuentemente con parálisis motora simétrica, con o sin pérdida de la sensibilidad, y en ocasiones con alteraciones de tipo auto-nómico (Cancino Morales, Balcázar Martínez, & Matus Miranda, 2013, parr.1).

Así mismo, se ha observado que generalmente este síndrome va precedido por infecciones de vías respiratorias o gastrointestinales. La mayoría de los procesos tienen un curso benigno, por lo que el 80% de los pacientes se recuperan completamente o con

pequeños déficits; entre el 10% a 15% quedarán con secuelas permanentes; el resto morirá a pesar de los cuidados intensivos. Las causas de muerte incluyen: distrés respiratorio agudo, neumonía nosocomial, broncoaspiración, paro cardíaco inexplicable y/o tromboembolismo pulmonar, siendo de esta manera de gran importancia los cuidados implementados a pacientes con este tipo de patología para disminuir o evitar posibles complicaciones, entre los cuidados más importantes se encuentran: monitorización de los signos vitales, control de la vía aérea y ventilación mecánica, control del dolor, rehabilitación, cambios posturales y movilización pasiva, entre otros aspectos (Cancino Morales, Balcazar Martinez, & Matus Miranda, 2013 parr. 3).

6.7.2 Monitorización de los signos vitales

6.7.2.1. Definición de signos vitales

Las definiciones de signos vitales varia de acuerdo a los autores, sin embargo, Costa & Rodriguez Cuimbra (2016, parr.1), indica que:

Los signos vitales son mediciones de las funciones más básicas del cuerpo. Los cuatro signos vitales principales que monitorizan de forma rutinaria los profesionales médicos y proveedores de atención médica son los siguientes:

- La temperatura corporal;
- El pulso
- La frecuencia respiratoria (ritmo respiratorio);
- La presión arterial (si bien no se considera a la presión arterial como un signo vital, por lo general se la controla junto con los signos vitales)

Así mismo, integra en su escrito que los signos vitales son útiles para detectar o monitorizar problemas de salud. Los signos vitales se pueden medir en un instituto médico, en casa, durante una emergencia médica o en cualquier otro lugar.

6.7.2.2 Temperatura

La mayoría de las personas experimentan cambio en su cuerpo que se pueden atribuir o no a un proceso normal del desarrollo o a una infección. Tomando en cuenta los diversos

cambios, esta condición puede ser diagnosticada por la temperatura corporal, la cual es una medida de la capacidad del organismo de generar y eliminar calor. El cuerpo es muy eficiente para mantener su temperatura dentro de límites seguros, incluso cuando la temperatura exterior cambia mucho (Lozana Rodriguez, 2012, parr 1). De igual manera, la temperatura corporal normal puede variar entre 97.8 °F (Fahrenheit) equivalentes a 36.5 °C (Celsius) y 99 °F equivalentes a 37.2 °C en un adulto sano, sin embargo, cuando la temperatura es anormal puede producirse por la fiebre (temperatura alta) o por la hipotermia (baja temperatura).

6.7.2.3 Pulso

Dentro del marco de la salud el concepto de pulso hace referencia a una medicion muy importante del estado o de las funciones del cuerpo. No obstante, en un sentido mas objetivo, Pillou (2013, parr 1) lo define como:

Latido de una arteria, que se percibe a través de la piel. Lo sentimos cuando ponemos los dedos sobre una arteria. El pulso traduce los latidos del corazón que, en reposo, están entre 60 y 80 latidos por minuto. El pulso se puede tomar a nivel de las arterias carotídeas (cuello), de las arterias femorales (pliegue inguinal), de las arterias humerales (pliegue del codo), de las arterias cubitales y radiales (muñeca) y de las arterias tibiales (tobillo). Nos aporta una información precisa sobre el estado del flujo sanguíneo.

6.7.2.4. Frecuencia respiratoria

Una de las medidas más importantes a tomar en cuenta para valorar la condición de las personas, que defina el estado de salud o enfermedad que este experimentando es la frecuencia respiratoria, la cual se denota a partir de la cantidad de respiraciones que una persona hace por minuto. La frecuencia se mide por lo general cuando una persona está en reposo y consiste simplemente en contar la cantidad de respiraciones durante un minuto cada vez que se eleva el pecho. La frecuencia respiratoria puede aumentar con la fiebre, las enfermedades y otras afecciones médicas (Costa & Rodriguez Cuimbra, 2016, Parr. 6).

6.7.2.5. Presión arterial

En los humanos, así como la mayoría de los organismos vivos en la tierra poseen un ritmo de vida circadiano (24 horas). Este ritmo es generado a partir de un reloj interno que se encuentra en el cerebro y regula muchas funciones corporales, incluyendo la alimentación y el sueño, por ello tal como señala López Díaz (2012, Parr.10), “la presión arterial es la fuerza ejercida por la sangre sobre las paredes de las arterias, creada por el bombeo del corazón, mantenida por la elasticidad arterial y regulada por las resistencias periféricas”.

6.7.3. Control de la vía aérea y ventilación mecánica

Los pacientes neurológicos pueden desarrollar falla respiratoria debido al compromiso neuromuscular, del centro respiratorio o asociado a complicaciones pulmonares relacionadas con el evento neurológico. Por otro lado, en los pacientes con enfermedades neuromusculares, la falla respiratoria se origina como consecuencia de la progresión crónica de la enfermedad (esclerosis lateral amiotrófica), como exacerbación de una patología fluctuante (miastenia gravis) o de inicio agudo y fulminante como el síndrome de Guillain-Barré (Navas, 2016, p. 29).

Por ello, la complicación más comprometedoras y temida de este síndrome es la falla respiratoria que pueda requerir ventilación mecánica invasiva, así mismo, la ventilación mecánica invasiva se asocia con la aparición de neumonía y un incremento de la mortalidad.

6.7.3.1. Definición de ventilación mecánica

Galiana, Artacho, & Torres Prado (2012), definen la ventilación mecánica como: “una intervención terapéutica, en forma de prótesis externa y temporal, que se encuentra con cierta frecuencia en los pacientes que están atendidos en el área de urgencias de nuestros hospitales” (p.4).

Por consiguiente, la permeabilidad y el mantenimiento de la vía aérea, es un aspecto básico en el soporte vital avanzado, y junto al soporte cardiocirculatorio permitirá una supervivencia sin secuelas al paciente que tiene su vida amenazada por diferentes causas: traumatismo, enfermedad neurológica, shock cardiocirculatorio, insuficiencia respiratoria.

6.7.4. Control de dolor

Unos de los síntomas más comunes en la enfermedad o alteración del organismo es el dolor, el cual, tal como refiere La Organización Médica para la Salud (2017, parr.1) es:

Una sensación que es percibida por los sentidos y procesada por el sistema nervioso, similar a la forma de percibir el calor humano, el frío o el tacto. El dolor agudo es un signo de alarma, una indicación del organismo de que en ese momento algo no está funcionando correctamente o que algo está sucediendo fuera de los límites de la normalidad.

Por otra parte, el dolor es un síntoma muy frecuente en el SGB, y aunque normalmente precede al inicio de la debilidad, puede persistir hasta un año después. Es de intensidad de moderada a severa en la mayoría de los casos, y, con frecuencia, pasa desapercibido debido al desconocimiento del tema por parte de los profesionales de la salud y por las dificultades en la comunicación con aquellos pacientes que requieren ventilación mecánica, que, aunque son una minoría, suelen necesitarla de forma transitoria en las primeras semanas de la enfermedad (Peña, Moreno, & Gutiérrez, 2015, parr.8).

6.7.5. Rehabilitación

Según Gil Chang (2014, p.46), tal como establece en su escrito: “el Síndrome de Guillain Barré constituye una de las causas más comunes de severa y repentina debilidad muscular, que varía desde afecciones leves hasta severas con compromiso de la musculatura de la deglución, respiraciones e incapacidad para la deambulación”.

Así mismo, otro punto fundamental de la rehabilitación en la fase aguda, consiste en la ejercitación de la musculatura respiratoria, con el objetivo de fortalecerla y prevenir complicaciones a este nivel. Se busca un reentrenamiento y prescindir de la ventilación asistida en los casos en los que sea necesaria.

Por lo tanto, siendo uno de los cuidados mas importantes y necesarios para la recuperacion del paciente con sindrome de Guillain Barré, la rehabilitación, la cual según la Organización Mundial de la Salud (2017, parr.1): “es un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con condiciones de salud en la interacción con su entorno”.

Las condiciones de salud se refieren a enfermedades (agudas o crónicas), trastornos, lesiones o traumatismo. Por consiguiente, muchos pacientes con SGB están postrados en cama y es necesario prevenir la trombosis venosa, infecciones urinarias y pulmonares, como también llevar a cabo una terapia física y una ayuda psicológica, lo cual es muy importante en su recuperación total.

6.7.6. Control de deposiciones y diuresis

Cerca de una mitad de pacientes de SGB requiere cuidado intensivo, siendo la insuficiencia respiratoria (debido al compromiso de la musculatura respiratoria) la causa, que casi de forma constante justifica el ingreso en la UCI y hace preciso generalmente, entre otros, el uso de sonda Foley y ventilación mecánica para prevenir posibles complicaciones en el paciente que puedan causar la muerte.

6.7.6.1 Definición de diuresis

Es por lo anterior, que otros de los cuidados realizados a estos pacientes con síndrome es la colocación de sonda Foley, por lo que es necesario hacer el control de las deposiciones y diuresis, para valorar el estado de estos pacientes, por lo tanto, Coronel & Anabella (2016, párr. 1) refleja que: diuresis es la evacuación de orina la cual es excretada por los riñones, por lo tanto para el control de esta eliminación de orina, se debe realizar un balance en 24 horas, para valorar la cantidad, color, olor en un paciente que amerite su cuantificación, ahora bien cuando existe una anormalidad o poca excreción del paciente, producto de retención de líquido se procede a colocar una sonda vesical para mejorar el estado de segregación.

6.7.7. Otros cuidados implementados en pacientes con síndrome de Guillain Barre

Otros cuidados generales implementados en los pacientes con síndrome de Guillen Barre es descrita por Sánchez, Busquets, Quiroz, & Fernández (2001, parr.12), quienes establecen los siguientes:

- ✓ Monitorear de manera constante la función respiratoria y cardíaca e incluir la toma horaria no invasiva de la tensión arterial.
- ✓ Realizar evaluación del progreso neurológico de forma periódica.
- ✓ Valoración de la evolución del tratamiento: La plasmaféresis, los esteroides y la gammaglobulina intravenosa parecen ser propuestas razonables de tratamiento si se utilizan en el momento adecuado.
- ✓ Realización de pruebas laboratorios para evaluar el estado del paciente.
- ✓ Cambios posturales y movilización pasiva para evitar las trombosis venosas o úlceras por presión.
- ✓ Valoración de la nutrición, la cual debe ser por vía enteral; en los casos en que exista disfagia se sugiere alimentar a través de sonda nasogástrica; si ocurre disfunción parcial del intestino, pasar la sonda al yeyuno y alimentar a débito continuo. En cualquiera de los casos se deben cubrir los requerimientos nutricionales del paciente. La gastrostomía se sugiere para casos especiales y la nutrición parenteral tendría solo indicación en pacientes en que coexista una alteración digestiva severa.
- ✓ Cuidados de traqueotomía

6.8. Complicaciones del síndrome de Guillain Barré

6.8.1 Definición de complicación

Todo paciente con Síndrome de Guillain-Barré debe ser observado en un hospital por varios días, porque son muchas las complicaciones que se pueden presentar en estos pacientes sino son tratados a tiempo, por ello, es necesario primeramente definir que es complicación, para García (2011, parr1), el término complicación es: “Fenómeno que sobreviene en el curso de una enfermedad, distinto de las manifestaciones habituales de ésta y consecuencia de las lesiones provocadas por ella. Las complicaciones agravan generalmente el pronóstico”.

En el campo de la medicina, este se define como problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento. La complicación puede deberse a una enfermedad, el procedimiento o el tratamiento, o puede no tener relación con ellos.

6.8.2. Tipos de complicaciones del síndrome de Guillain Barré

El síndrome de Guillain-Barré afecta los nervios. Como los nervios controlan los movimientos y las funciones corporales, las personas con síndrome de Guillain-Barré pueden presentar lo siguiente:

Entumecimiento residual u otras sensaciones. La mayoría de las personas con síndrome de Guillain-Barré se recuperan por completo o solo quedan con un entumecimiento, un hormigueo o una debilidad residual menor.

Dolor. Cerca de la mitad de las personas con síndrome de Guillain-Barré sufren dolores nerviosos (neuropatías) intensos, que se pueden aliviar con medicamentos.

Problemas con el funcionamiento de la vejiga y del intestino. El síndrome de Guillain-Barré puede provocar síndrome de intestino perezoso y retención urinaria.

Coágulos sanguíneos. Las personas inmovilizadas por el síndrome de Guillain-Barré tienen riesgo de presentar coágulos de sangre. Hasta que puedas caminar sin ayuda, tal vez te recomienden tomar anticoagulantes y usar medias de compresión.

Úlceras por decúbito. Estar inmovilizado también aumenta el riesgo de padecer úlceras de decúbito (úlceras de presión). El cambio frecuente de posición puede ayudar a evitar este problema.

Recaída. Alrededor del 3 por ciento de las personas con síndrome de Guillain-Barré presentan una recaída (Puga, Padrón Sánchez, & Bravo Pérez, 2013 p.41).

6.8.3. Disautonomía (arritmias cardíacas, hipertensión e insuficiencia cardíaca)

Así mismo, otras de las complicaciones que pueden presentar los pacientes con el síndrome de Guillain Barré es la disautonomía, la cual es una alteración del sistema

nervioso autónomo (desbalance simpático-vagal), que es el que regula automáticamente muchas funciones importantes del organismo como el pulso, la presión, la temperatura y la respiración. Controla la respuesta de “pelear o arrancar”, como es el caso de que un ataque, la respuesta normal es taquicardia (de elevación del pulso), de la presión arterial (PA) y de la fuerza, pero en la disautonomía la respuesta es inadecuada y se produce bradicardia (pulso bajo), caída de la PA y disminución de la fuerza, cansancio y somnolencia (Bravo Silva, 2018, parr.1).

6.8.4. Sepsis relacionada a catéter

Los pacientes con Síndrome de Guillain Barré, además de presentar complicaciones respiratorias pueden adquirir una sepsis relacionada a catéter, porque estos pacientes son observados por varios días en un hospital y más aún cuando no muestran mejoría alguna, por lo cual es probable que se les coloque un catéter que si no es cuidado adecuadamente puede desencadenar una sepsis, la que es definida por La Organización Mundial de la Salud (2017 parr.6) como:

La ocurrencia de una infección en una persona enferma y la reacción del cuerpo daña tejidos y órganos. La sepsis puede aparecer por infecciones causadas por bacterias, virus, hongos y parásitos. Las infecciones bacterianas son los desencadenantes más comunes. El reconocimiento temprano de la sepsis es crucial para tratar a los pacientes antes de que su condición empeore y se convierta en fatal. La mayoría de las infecciones se pueden evitar mejorando la higiene, el acceso a vacunas y otras medidas de prevención de infecciones.

6.8.5. Otras complicaciones

Tal como refiere, Sittenfeld Appel & Gutierrez (2010 pp. 15-17), complementa que otras complicaciones que pueden presentar los pacientes con Síndrome de Guillain Barré son las siguientes:

- Las complicaciones respiratorias: se presentan aproximadamente entre un 20 y un 30% de los pacientes, necesitando ventilación asistida. En éstos se da una secuencia de cambios fisiopatológicos que pueden ser mitigados con una vigilancia y terapia adecuada. Los gases arteriales no tienen utilidad en la valoración

- Compromiso vesical: La alteración autonómica puede provocar retención urinaria tardía que requiere cateterización y se deben tomar precauciones para evitar las complicaciones sobre agregadas. El compromiso renal es muy raro.
- Complicaciones gastrointestinales y de alimentación: La distensión abdominal secundaria a la disfunción autonómica es frecuente en las formas tempranas y severas, además el uso de algunos medicamentos y la inmovilización pueden contribuir al estrés. Los laxantes pueden ser utilizados en forma profiláctica y enema evacuante en caso necesario.

7. Diseño metodológico

7.1. Enfoque de la investigación

Según la clasificación de Hernández, Fernández y Baptiste (2010,p.48), expresan que:

La investigación cuantitativa es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables, la objetividad que tiene este enfoque es la única forma de alcanzar el conocimiento, por lo que utiliza la medición exhaustiva y controlada, intentando buscar la certeza del mismo.

Es así que de acuerdo a estos autores se selecciona el enfoque cuantitativo debido a que se pretende conocer la realidad objetiva en los pacientes involucrados en el estudio y así evaluar los factores que influyen en las complicaciones mediante variables numéricas.

7.2. Según el tiempo y ocurrencia de los hechos y registro de la información.

En relación con este aspecto Pineda, Alvarado y Canales (1994, p.81): “establece que los estudios retrospectivos son aquellos en los que el investigador indaga sobre hechos ocurridos en el pasado”. Por lo tanto, este trabajo es retrospectivo porque fueron tomados datos del año 2016 y consultados en archivos de la misma fecha en donde la patología del Guillain Barré tuvo mayor índice de aparición.

7.3. Según el período y secuencia del estudio

Según Piura, J (2008, p.67), establece que:

El estudio de corte transversal se refiere al abordaje del fenómeno en un momento, período de tiempo determinado, puede ser un tiempo presente o pasado, caracterizándose por realizar un abordaje del fenómeno en siguiente a partir de ese desarrollo o evolución, por lo que se podría comparar con la toma de una fotografía de la realidad en un momento dado.

En este caso, el tiempo no es importante en relación con la forma en que se dan los fenómenos, por lo cual en este estudio se identifican las variables de los sujetos a estudio y se hace un corte en el tiempo, finalizando con la presentación del trabajo.

7.4. Según el análisis y el alcance de los resultados (el nivel de profundidad que se desea lograr)

Tal como afirma, Hernández, Fernández y Baptista (2010, p.80): “Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, así mismo, describe tendencias de un grupo o población”.

Por lo tanto, de acuerdo al enfoque de este estudio, es descriptivo, porque su función es describir cómo se distribuye la enfermedad o evento en cierta población, en este caso el síndrome de Guillain Barré, el cual se dio con mayor frecuencia en un lugar y durante un período de tiempo determinado; así como busca deducir, los determinantes o factores que influyen con este.

7.5. Según la aplicabilidad de los resultados

El principal objetivo de la investigación aplicada se caracteriza porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos que se adquieren. La investigación aplicada se encuentra estrechamente vinculada con la investigación básica, la cual requiere de un marco teórico. En la investigación aplicada o empírica, lo que le interesa al investigador, primordialmente, son las consecuencias prácticas. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Batista, 2003, p.21)

Por lo tanto, de acuerdo a la resolución del problema del estudio, la investigación se considera aplicada, porque se utiliza los conocimientos adquiridos, llevándolos directamente de la práctica social, generando de esta manera resultados que pueden aplicarse.

7.6. Área de estudio

5.6.1 Macrolocalización

Este estudio fue realizado en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, de referencia Nacional, ubicada en el occidente de la ciudad de Managua, Distrito II, costado oeste, barrio Las Brisas, que cuenta con 208 camas censadas. Cuyo límites son:

- Norte: UNIFOM. (Instituto Nicaraguense De Fomento)
- Sur: Instituto Católico Juan Pablo II.
- Este: Reparto Valle Dorado.
- Oeste: INIDE(Instituto Nacional De Información De Desarrollo)

Cuenta con áreas de admisión, archivo, dirección, recursos humanos, docencia, fisioterapia, neurocirugía, intermedio, quemado, ortopedia, pediatría, otorrinolaringología, farmacia, unidad de cuidados intensivo, central de equipo, emergencia, laboratorio, rayos X, sala de operaciones, medicina de varones, medicina de mujeres, unidad de cuidados crítico de medicina interna, unidad de cuidados coronarios, cirugía general, nefrología, hemodiálisis y atención epidemiológica.

5.6.2. Microlocalización

Este estudio se realizó específicamente en las siguientes áreas de atención del hospital Antonio Lenin Fonseca, porque fueron las salas a las que ingresaron los pacientes con Síndrome de Guillain Barré, las que serán mencionadas a continuación:

Las salas de medicina de mujeres y varones del hospital Antonio Lenin Fonseca, esta estructurada de la siguiente manera:

Cuenta con 120 camas cada una con su respectivo colchón y ropa de cama, ambas salas cuentan con una estación de enfermería, bodega de producto de reposición, baños para el personal, paciente y familiar, hay doce sillas para el personal un escritorio en cada sala, dos

carros de paro, dos carros para preparación de medicamentos, dos pantres y cajones de papelerías, tanques de oxigenos, tuberías de oxigenos de pared, y cuarenta soportes.

Por consiguiente, la unidad de Cuidados Intermedios está estructurada de la siguiente manera: posee 13 camas censables, cada una con su respectivo colchón y ropa de cama limpia, una estación de enfermería con 1 escritorio, 3 sillas plásticas, 1 radio grabadora, estantes que contienen medicamentos (varios), una bodega de material de reposición periódica, hay un pantre para preparación de líquidos intravenosos y papelería, cuenta con un carro de paro con medicamentos y equipos esenciales para eventualidades, contiene además guantes, branulas, jeringas, alcohol gel, recolectores, sondas foley, naso gástricas, un equipo de curaciones. El total de recursos que labora en esta área es de 10 los cuales son: 5 licenciadas, 3 técnicos superior y 2 auxiliares de enfermería

7.7. Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de Síndrome de Guillain Barré
- Con historia clínica y examen neurológico completo
- Pacientes con al menos un estudio

7.8. Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain Barré cuyos expedientes clínicos se encuentren extraviados o incompletos.
- Que durante su estancia se halla descartado diagnóstico de síndrome de Guillain Barré.
- Curso de la enfermedad mayor de dos meses.
- Que no cumpla los criterios de inclusión.

7.9. Población

En relación con este aspecto Pineda, Alvarado y Canales (1994, p.108), define la población como: “el conjunto de personas u objetos de los que se desea conocer algo en una investigación. El universo o población puede estar constituido por personas, animales,

registros médicos, los nacimientos, las muestras de laboratorio, los accidentes viales entre otros”, por lo tanto, en esta investigación se estudió el total del universo que lo constituyen 34 pacientes ingresados en el 2016 con Síndrome de Guillain Barré, que cumplían con las características que se requerían estudiar.

7.10. Variables de estudio

- ✓ Características sociodemográficamente presentes en los pacientes ingresado por Síndrome de Guillain Barré
- ✓ Variantes clínicas con las que fueron diagnosticados los pacientes ingresados por Síndrome de Guillain Barré
- ✓ Tratamiento que más se le administró a los pacientes con dicho Síndrome
- ✓ Cuidados de enfermería implementados en los pacientes durante la hospitalización.
- ✓ Complicaciones más frecuentes que presentaron los pacientes diagnosticado con Síndrome de Guillain Barré en el Hospital Antonio Lenin Fonseca.

7.11. Operacionalización de variables

Variable	Sub-Variable	Indicador	Valor	Instrumento
Caracterizar sociodemográficamente a los pacientes ingresado por Síndrome de Guillain Barré	Factores sociales	Edad	# En años	Ficha de recolección
		Sexo biológico	Masculino Femenino	
		Estado civil	Soltero/a Casado/a Unión libre Viudo/a Divorciado/a No registrado	
		Escolaridad	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Técnico superior Universidad incompleta Universidad completa No registrado	

	Factores laborales	Ocupación	Ama de casa Comerciante independiente Empleado/a Desempleado/a Estudiante Jubilado o incapacitado No registrado
	Factores geográficos	Procedencia	Urbano Rural
		Estado nutricional	IMC < 18.5 = Bajo peso IMC 18.5-24.9 = Peso normal IMC 25.0-29.9 = Sobrepeso IMC >30.0 = Obesidad IMC >30.0 - 34.9 = Obesidad (grado 1) IMC >35.0 - 39.9 = Obesidad (grado 2) IMC >40.0 = Obesidad

			(grado 3) No registrado	
Describir las variantes clínicas con las que fueron diagnosticados los pacientes ingresados por Síndrome de Guillain Barré	Patrón clínico	Polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda	Si No	Ficha de recolección
		Neuropatía axonal motora aguda	Si No	
		Neuropatía sensomotora axonal aguda	Si No	
		Síndrome de Miller Fischer	Si No	
Identificar el tratamiento que más se le administró a los pacientes con dicho Síndrome	Manejo del síndrome	Inmunoglobulina endovenosa	Si No	Ficha de recolección
		Plasmaféresis	Si No	
		Otros	Si No	
		Ninguno	No Si	
		Día de Inicio de la Inmunoglobulina		

		endovenosa		
		Día de Inicio de la plasmaféresis		
Determinar los cuidados de enfermería implementados en los pacientes durante la hospitalización.	Medidas empleadas para estabilizar al paciente	Se monitoriza los signos vitales	Si No	Ficha de recolección
		Se le cumple su dieta prescrita	Si No	
		Se le administra medicamento en tiempo y forma	Si No	
		Administración de oxigenoterapia	Si No	
		Limpieza de catéter	Si No	
		Control de ingeridos y eliminados	Si No	
		Cuidados de traqueostomía	Si No	
		Administración de AINES por dolor		
		Los cuidados de	Si	

		enfermería están registrados en expediente clínico según lo que se le realizó.	No	
		Se entrega epicrisis y se orientará sobre su tratamiento e indicaciones médicas, dieta, cita para su control, esta información será dada por el médico y enfermera	Si No	
Identificar las complicaciones más frecuentes que presentaron los pacientes diagnosticado con Síndrome de Guillain Barré en el Hospital Antonio Lenin Fonseca	Fenómeno que sobreviene en el curso habitual de una enfermedad y que la agrava y/o entorpece su evolución	Deformidades y acortamiento en los tejidos de las articulaciones.	Si No	Ficha de recolección
		Bacteremia	Si No	
		Neumonía	Si No	
		Trombosis venosa	Si	

	profunda	No	
	Sepsis relacionada a catéter	Si No	
	Dolor	Si No	
	Desnutrición	Si No	
	Úlcera por decúbito	Si No	
	Estreñimiento	Si No	
	Infección de las vías urinarias	Si No	
	Diarrea	Si No	
	Sin complicaciones durante la hospitalización	Si No	
	Egresos deambulando por cuenta propia	Si No	
	Egresos deambulando de	No	

		ayuda familiar u otros	Si	
		Egresa con dispositivo de ayuda	No Si	
		Traslado a otra unidad asistencial	No Si	
		Muerte	Si No	

7.12. Método, técnicas e instrumentos de recolección de datos

Método

Según Canales, Pineda, & Alvarado, (1994, p. 132): “El método representa la estrategia concreta e integral de trabajo para el análisis de un problema o cuestión coherente con la definición teórica del mismo y con los objetivos de la investigación”.

Generalmente se utilizan diferentes técnicas para la obtención de la información según las cuestiones de investigación a la que se dará respuesta, siendo el medio a utilizar para la obtención de información la ficha de recolección, la cual se utiliza para recabar, registrar, clasificar y manejar los datos relacionados con un problema de investigación.

Técnica

Así como establece Canales, Pineda, & Alvarado, (2008, p. 125): “técnica es entendida como el conjunto de reglas y procedimientos que le permiten al investigador establecer la relación con el objeto o sujeto de la investigación” e instrumento como “el mecanismo que utiliza el investigador para recolectar y registrar la información”.

En este estudio se utilizará como técnica la ficha de recolección de datos, la cual según Robledo Mérida (2013, p.63): “es un instrumento de investigación documental y de campo que permite el registro clasificación y manejo de los datos relacionados con un problema de investigación”, es a través de esta técnica que se logrará capturar datos sobre las variables de estudios, porque estas se obtendrán mediante el expediente clínico de cada sujeto en estudio y por ser retrospectivo no se necesita conocer la opinión de los pacientes, también por el enfoque cuantitativo que se usará, se necesita obtener datos que ayuden a comprender este fenómeno.

Instrumento

Tal como refiere Canales, Pineda, & Alvarado, (1994, p. 132), establece que: “el instrumento es el mecanismo que utiliza el investigador para recolectar y registrar la

información. Entre estos se encuentran los formularios, las pruebas psicológicas, las escalas de opinión y de actitudes, las listas u hojas de control, entre otros”.

Por lo anterior, el instrumento consiste en la hoja de la ficha de recolección de datos que se va a implementar a los expedientes clínicos de cada sujeto de estudio. Este instrumento que se usará en esta investigación está elaborado bajo la técnica de la ficha que consta de 16 opciones de preguntas categóricas, en el que se plasma cada una de las variables en estudio, siendo este el único instrumento viable para el uso de los expedientes clínicos, porque, este tipo de instrumento permite recopilar la información obtenida en libros, revistas, periódicos, documentos personales, fuentes secundarias como expedientes clínicos, por lo tanto, se construye con base en un trabajo de carácter intelectual del investigador en donde manifiesta su capacidad de análisis y de crítica. Es el resultado de la lectura reflexiva y minuciosa para obtener los aspectos relevantes que son útiles tanto para la formación del trabajo final de investigación.

El instrumento antes de ser aplicado se someterá a validación, haciéndole los ajustes necesarios.

7.13. Procedimiento a aplicar el instrumento

Para cumplir el objetivo general del estudio, se enviará una carta al Director del Hospital Antonio Lenin Fonseca, solicitando autorización para la revisión de expedientes clínico, el día 11 de Enero del 2019, se le explicará en que consiste el estudio, se orientará el propósito de esta, mostrándoles con absoluta confidencialidad que estos datos solo serán para fines de investigación, una vez aprobada la autorización, se presentará la solicitud a la responsable de estadísticas, posteriormente se seleccionarán los expedientes de los pacientes con síndrome de Guillain Barre, se descartarán los que no cumplieron con los criterios de inclusión y se procederá a llenar los formularios para la recolección de la información. Luego del llenado del instrumento se les dará las gracias por el apoyo otorgado en este proceso y se procederá a evaluar los datos. De la veracidad y objetividad con la cual será respondido este instrumento, dependerá la validez y confiabilidad de los resultados. Por lo tanto, este llenado de la ficha será a cargo del grupo de manera minuciosa y objetiva. Después se procederá con el procesamiento e interpretación de la información

brindada por la recolección de datos y posteriormente se elaborarán las conclusiones específicas relacionadas con el evento de estudio, y de esa manera se responderá a las interrogantes de investigación. Para ello, se hará un análisis detallado de la información mediante las técnicas cuantitativas y la interpretación de la información se realizará con base en el marco teórico que sustenta el trabajo, así como los resultados de la investigación.

Por último, se realizará una discusión conjunta de los datos y se procederá a elaborar el informe final y de esta forma los resultados que se desprenden de esta investigación estarán al servicio de las universidades e investigadores libres, para que sirvan de base a futuras investigaciones y a la toma de decisiones en función a la detección temprana del síndrome de Guillain Barré y los factores asociados a las complicaciones.

7.14. Validación de instrumentos

Validación de expertos

Se sometió el instrumento a una revisión metodológica por parte de un docente altamente calificado del departamento de enfermería con especialidad en salud pública y epidemiología, en cuanto a introducción, objetivo, justificación, diseño, ortografía y redacción y un médico internista y responsable de epidemiología del Hospital Roberto Calderón, en el cual estos docentes realizaron observaciones para mejorar los instrumentos como especialistas de la temática. Además de aspectos como calidad de preguntas, redacción, orden, claridad y el cumplimiento de los objetivos. (Ver en anexos las cartas dirigidas a los expertos)

7.15. Aspectos éticos en la investigación

Dado que la información será obtenida de fuente secundaria y no se interactuará directamente con los pacientes, no será necesario establecer un consentimiento informado personal, sin embargo, se solicitará mediante las autoridades del POLISAL una carta al SILAIS Managua para que autorice realizar el estudio en el Hospital.

7.16. Plan de tabulación/análisis

Todas las investigaciones se caracterizan por el procesamiento que se realiza de manera organizada, sistemática, constituido por etapas o fases. Es así como mediante los datos que se generen en la ficha de recolección de datos, se realizó el análisis estadístico pertinente, según la naturaleza de cada una de las variables, mediante el análisis de contingencia, (Cruce de variables).

Se realizará análisis gráficos del tipo: pasteles y barras, de manera uni y multivariadas, donde se describirá de forma clara los resultados cuantitativos.

7.17. Presentación de la información

Al haber concluido el procesamiento de datos, esta se plasmará en documento escrito en Microsoft Office Word 2010, con fuente Times New Roman 12, justificado, interlineado 1.5 y margen de página de 2 cm. por lo que se utilizó la normativa APA-6ª edición. También se utilizará SPSS V.21 para procesar los resultados de la ficha de recolección, se utilizará las tablas dinámicas para crear las tablas de distribución de variables, los gráficos de pasteles y barras de forma uní y multivariadas. Por último, se presenta los resultados en MS-PowerPoint elaborando diapositivas con una síntesis del tema de investigación.

8. Cronograma de actividades

Actividades	Marzo				Abril			Mayo		Octubre				Noviembre		
	1	2	3	4	1	2	3	1	2	1	2	3	4	1	2	3
1. Elección del tema	X															
2. Delimitación del tema		X														
3. Elaboración de introducción según las líneas de investigación y el plan Nacional			x	x												
4. Justificación					X											
5. Elaboración de antecedentes						X										
6. Planteamiento del problema y formulación de objetivos							X									
7. Presentación del primer borrador al docente								X	X							
8. Bosquejo									X							
9. Marco teórico										X						
10. Revisión del marco teórico										X	X					
11. Matriz de operacionalización de variables e indicadores												X	X			
12. Elaboración de instrumentos														X		
13. Diseño Metodológico														X	X	
14. Segunda entrega del borrador															X	
15. Cronograma y presupuesto															X	
16. Validación de los instrumentos															X	
17. Entrega de informe de protocolo																X
18. Defensa del protocolo																X

9. Presupuesto

Rubro	Cantidad	Detalle	Total
Investigador	3	305	915
Búsqueda de información en internet	10	15	150
Gatos en teléfono	3	25	75
Gastos en Fotocopias	2	10	30
Transporte hacia el lugar de estudio	3	10	30
Refrigerios para jueces de la validación de instrumento	2	50	100
Reproducción del informe final	2	180	540

10. Referencias bibliográficas

Acosta, M. I., Cañiza, M. J., Romano, M. F., & Araujo, E. M. (Abril de 2007). *Características Epidemiológicas del Síndrome Guillain Barre en población Chilena: Estudio Hospitalario en un periodo de 7 años*. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v143n2/art05.pdf>

Ávila Montero, J. A., Mariona Montero, V. A., & Melano Carranza, E. (Julio- Agosto de 2002). *Guillen- Barre Syndrome: Etiolog and Phathogenesis*. Obtenido de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44190571/SGB_etiologia_y_patogenesis.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1523726821&Signature=V453fnmHbbdDcFSVrsZljNVX%2BmE%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEfren_MELANO_Car

Bravo Silva, J. (2018). *Disautonia*. Obtenido de <http://www.reumatologia-dr-bravo.cl/para%20pacientes/Disautonomia.htm>

Bembibre, C. (2010). *Definición ABC*. Sao Paulo, Brasil.

Carrión, J. F. (2012). *Estructura Poblacional*. Huacho , Perú.

Cabrera Ortiz , A. (2016). *Analisis Clinico y epidemiologico del sindrome deGuillain Barre en pacientes internados en el Hospital Mexico Durante el Periodo del II Semestre 2011 al I semestre 2015*. Obtenido de <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/3290/1/39622.pdf>

Cancino Morales, K. L., Balcázar Martínez, V., & Matus Miranda, R. (2013). *Intervenciones de enfermería en una persona con Síndrome de Guillain Barre, tipo AMAN, bajo la teoría de Dorothea Orem*. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-intervenciones-enfermeria-una-persona-con-S1665706313726253>

Carrión, J. F. (2012). *Estructura Poblacional*. Huacho, Perú.

Chang Fong, S. J. (2015). *Tratamiento rehabilitador del paciente con Síndrome de Guillain Barre y nivel de independencia funcional alcanzado durante su hospitalización en el Hospital de rehabilitación Aldo Chavarría*. Enero 2011 a Diciembre 2013. Obtenido de <http://repositorio.unan.edu.ni/6084/1/135.pdf>

Coronel, & Anabella. (2016). *control de diuresis*. Obtenido de <http://enfermeriamanual.blogspot.com/2016/01/control-de-diuresis.html>

Costa, J. A., & Rodríguez Cuimbra, S. (2016). *Signos vitales*. Obtenido de <http://healthlibrary.uchospitals.edu/Spanish/DiseasesConditions/Adult/NonTraumatizc/85,P03963>

Definición a.com (20 marzo, 2018). Definición y etimología de procedencia. Bogotá: E-Cultura Group. Recuperado de <https://definiciona.com/procedencia/>

Díaz Soto, L. (2016). Síndrome de Guillain Barre. Obtenido de http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol32_2_03/mil09203.pdf

Diego, C. P., García Ramos, G., Ruano Calderón, L. A., Sosa Hernández, J. L., & Méndez Castillo, J. J. (Enero- Febrero de 2012). Síndrome Guillen Barre en un Hospital de referencia en México. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2012/rmn121c.pdf>

Erazo. (2009). Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802009000200010

Figueroa Pedraza, D. (2012). Estado nutricional como factor y resultado de la seguridad alimentaria y nutricional y sus representaciones en Brasil. Obtenido de <https://www.scielo.org/article/rsap/2004.v6n2/140-155/>

Galiana, A., Artacho, C. R., & Torres Prado, M. V. (2012). Ventilación Mecánica. Obtenido de <http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2012/06/ventmeca.pdf>

García, M. (2011). Complicación. Obtenido de https://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Complicacion

Gil Chang, V. (2014). Rehabilitación del Síndrome de Guillain Barre. Obtenido de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/neuroeje/v4n1,2,3/art6.pdf>

Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. (08 de Noviembre de 2012). Plan Nacional de Desarrollo Humano 2012-2016. Obtenido de <http://www.pndh.gob.ni/documentos/pndhActualizado/pndh.pdf>

Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Batista, M. d. (2003). Metodología de la Investigación. Mexico: McGraw-Hill.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). Metodología de la Investigación (Quinta ed.).

Hughes, R., Swan, A., & A Van Doorn, P. (2010). Inmunoglobulina intravenosa para el síndrome de Guillain-Barré. Obtenido de <http://www.cochrane.org/es/CD002063/inmunoglobulina-intravenosa-para-el-sindrome-de-guillain-barre>

Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. (2010). Evaluación del Estado Nutricional. Obtenido de https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&view=download&alias=209-evaluacion-del-estado-nutricional&category_slug=desarrollo-humano-sostenible-y-estilos-de-vida-sal&Itemid=211

López Díaz, Z. D. (09 de 03 de 2012). *Unidad III: Signos vitales*. Obtenido de <http://uvsfajardo.sld.cu/unidad-ii-signos-vitales>

Lozana Rodríguez, G. (2012). *Temperatura Corporal*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/anama.krpio/temperatura-corporal-presentation>

Ministerio de Salud y Política. (2009). *Los hombres y el cuidado de la salud*. Obtenido de <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/hombresycuidado009.pdf>

Ministerio de Educación. (31 de Mayo de 2010). *Niveles de Educación*. Obtenido de <https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-233834.html>

Navas, C. (2016). *Ventilación mecánica en el paciente neurológico*. Obtenido de <http://www.acnweb.org/guia/g6cap2.pdf>

Organización Médica Para la Salud. (2017). *Dolor*. Obtenido de <https://www.onmeda.es/enfermedades/dolor.html>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *La Asamblea Mundial de la Salud adoptó decisiones sobre el Reglamento Sanitario Internacional y la sepsis*. Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13377%3A70ams-adopto-decisiones-reglamento-sanitario-internacional-sepsis&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=es

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Síndrome de Guillen Barre*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/guillain-barre-syndrome/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Rehabilitación*. Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13919%3Arehabilitation&catid=7587%3Ageneral&Itemid=1969&lang=es

OPS. (Febrero de 2016). Obtenido de http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=vigilancia-de-la-salud-publica&alias=724-boletin-informativo-de-guillain-barre&Itemid=235

Organización Panamericana de la Salud. (Febrero de 2016). *Síndrome Guillen Barre*. Obtenido de http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=vigilancia-de-la-salud-publica&alias=724-boletin-informativo-de-guillain-barre&Itemid=235

Organización Panamericana de la Salud. (Febrero de 2016). *Síndrome de guillan barre*. Obtenido de http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=vigilancia-de-la-salud-publica&alias=724-boletin-informativo-de-guillain-barre&Itemid=235

y_slug=vigilancia-de-la-salud-publica&alias=724-boletin-informativo-de-guillain-barre&Itemid=235

Peña, L., Moreno, C. B., & Gutiérrez, A. M. (2015). Manejo del dolor en el Síndrome de Guillain Barre. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485314001170>

Pillou, J. F. (2013). Pulso-Definición. Obtenido de <https://salud.ccm.net/faq/15786-pulso-definicion>

Pineda, C. y. (1994). Metodología de la Investigación. Obtenido de <http://187.191.86.244/rceis/registro/Metodologia%20de%20la%20Investigacion%20Manual%20para%20el%20Desarrollo%20de%20Personal%20de%20Salud.pdf>

Pineda, E., & Alvarado, E. (2008). Metodología de la investigación. Washington: OPS.

Piura, J. (2008). Metodología de la Investigación científica. Nicaragua: Xerox.

Puga, M. S., Padrón Sánchez, A., & Bravo Pérez, R. (2013). Síndrome de Guillain Barre. Obtenido de http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol32_2_03/mil09203.pdf

Restrepo, C., Márquez, E., & Sanz, M. F. (2009). Plasmaféresis terapéutica, tipos, técnica e indicaciones en medicina interna. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v34n1/v34n1a5.pdf>

Rivera Rivas, G. G. (2003). Factores de riesgo pronostico en pacientes con síndrome guillen Barre, Ingresados en el hospital Antonio Lenin Fonseca, periodo enero 1997 a diciembre de 2002. Managua.

Robledo Mérida, C. (2013). Recolección de datos. Obtenido de <https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/fichas-de-trabajo.pdf>

Ruiz Lopez, H. (Marzo de 2016). Comportamiento clínico de pacientes con síndrome de Guillain Barré que ingresaron. Obtenido de repositorio.unan.edu.ni/3017/1/24795.pdf

Ruiz Montes, S., & Albert Victoriero, A. (2014). Estudio Síndrome de Guillain Barre. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000200011

Salmaron Montenegro, D. D. (2016). Comportamiento clínico- epidemiológico de los pacientes con síndrome de Guillain Barré ingresados. Obtenido de <http://repositorio.unan.edu.ni/4407/1/96862.pdf>

Sánchez, D., Busquets, C., Quiroz, O., & Fernández, R. (2001). Síndrome Guillain Barre-Patogenia, Diagnostico y Cuidados. Obtenido de http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol73_2_01/ped04201.htm

Santos, X. D. (S.F). *Historia Natural de la Enfermedad*. Obtenido de <https://saludpublica1.files.wordpress.com/2015/01/semana-9-historia-natural>

Sittenfeld Appel, M., & Gutiérrez, B. (2010). *Síndrome de Guillain Barre- Generalidades y Manejo*. Obtenido de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/neuroeje/v10n3/art2.pdf>

Veiga de Cabo, J., De la Fuente Diez, E., & Zimmmerman Verdejo, M. (Marzo de 2008). *Modelos de Estudios en Investigacion aplicada, conceptos y crietrios para el diseño*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011

Visión Salud. (2012). *Medicina General*. Obtenido de <http://visionsalud.net/servicios/consulta-medica-general/>

Anexos

Objetivo de la investigación	Técnica	Fuente	Instrumento
Caracterizar sociodemográficamente a los pacientes ingresado por Síndrome de Guillain Barré	Ficha de recolección de datos	Expediente de clínico	Ficha de recolección
Describir las variantes clínicas con las que fueron diagnosticados los pacientes ingresados por Síndrome de Guillain Barre	Ficha de recolección de datos	Expediente de clínico	Ficha de recolección
Identificar el tratamiento más se les administró a los pacientes con dicho Síndrome	Ficha de recolección	Expediente clínico	Ficha de recolección
Determinar los cuidados de enfermería implementados en los pacientes durante la hospitalización.	Ficha de recolección	Expediente clínico	Ficha de recolección
Identificar las complicaciones más frecuentes que presentaron los pacientes diagnosticado con Síndrome de Guillain Barré en el Hospital Antonio Lenin Fonseca	Ficha de recolección	Expediente clínico	Ficha de recolección



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD “LUIS FELIPE MONCADA”
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**



Ficha de recolección de datos del Síndrome de Guillain Barré

Se realizará una ficha de recolección de datos, mediante el uso de expediente clínico con el objetivo de Analizar los factores que influyen en las complicaciones de los pacientes con síndrome de Guillain Barré en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca en el período Enero-Octubre del 2016.

No de encuesta: ___ Fecha: __/__/__ Expediente: _____

Fecha de egreso: _____ Fecha de ingreso: _____ EIH: _____ (días)

Iniciales del paciente: _____

I. Características sociodemográficas.

1. Edad en años _____

2. Sexo del paciente:

Femenino

Masculino

3. Estado civil:

Soltero/a: _____

Viudo/a: _____

Casado/a: _____

Divorciado: _____

Unión Libre: _____

No registrado: _____

4. Escolaridad:

Analfabeta: _____ Técnico superior: _____
 Primaria incompleta: _____ Universidad incompleta: _____
 Primaria completa: _____ Universidad completa: _____
 Secundaria incompleta: _____ No registrado: _____
 Secundaria completa: _____

5. Ocupación:

Ama de casa: _____ Estudiante: _____
 Comerciante independiente: _____ Jubilado o incapacitado: _____
 Empleado/a: _____ No registrado: _____
 Desempleado/a: _____

6. Procedencia:

Urbano: _____ Rural: _____

7. Estado nutricional:

IMC < 18.5 = Bajo peso _____ IMC >30.0 - 34.9 =
 IMC 18.5-24.9 = Peso normal _____ Obesidad (grado 1) _____
 IMC 25.0-29.9 = Sobrepeso _____ IMC >35.0 - 39.9 =
 IMC >30.0 = Obesidad _____ Obesidad (grado 2) _____
 IMC >40.0 = Obesidad (grado 3) _____
 No registrado: _____

II. Variantes clínicas con las que fueron diagnosticados los pacientes ingresados por Síndrome de Guillain Barré:

Variante clínica	No	Si
Polirradiculoneuropatía desmielinizante infamatoria aguda.		
Neuropatía axonal motora aguda.		
Neuropatía sensoriomotora axonal aguda.		
Síndrome de Miller Fischer.		

III. Tratamiento más utilizado para los pacientes con síndrome de Guillain

Manejo	Si	No
Inmunoglobulina endovenosa		
Plasmaferesis		
Otro tratamiento		

Ninguno		
---------	--	--

3.1. Día de inicio de la Inmunoglobulina endovenosa: _____

3.2. Día de inicio de la Plasmaféresis: _____

III. Cuidados de enfermería implementados en los pacientes durante la hospitalización.

Cuidados	Si	No
Se monitoriza los signos vitales		
Se le cumple su dieta prescrita		
Se le administra medicamento en tiempo y forma		
Administración de oxigenoterapia		
Limpieza de catéter		
Control de ingeridos y eliminados		
Cuidados de traqueostomía		
Administración de AINES por dolor		
Los cuidados de enfermería están registrados en expediente clínico según lo que se le realizó.		
Se entregó epicrisis y se orientará sobre su tratamiento e indicaciones médicas, dieta, cita para su control, esta información será dada por el médico y enfermera		

IV. Complicaciones del síndrome de Guillain Barré

Complicaciones	Si	No
Deformidades y acortamiento en los tejidos de las articulaciones.		
Bacteremia		
Neumonía		
Trombosis venosa profunda		
Sepsis relacionada a catéter		
Dolor		
Úlcera por decúbito		
Desnutrición		
Estreñimiento		
Diarrea		
Infección de las vías urinarias		
Sin complicaciones durante la hospitalización		
Egreso deambulando por cuenta propia		

Egreso deambulando de ayuda familiar u otros		
Egreso deambulando con dispositivo de ayuda		
Traslado a otra unidad asistencial		
Muerte		



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD “LUIS FELIPE MONCADA”
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



Managua, 14 de Noviembre 2018



MSc. Margarita Guzman.

Docente del Departamento de Enfermería.

Facultad del Instituto Politécnico de la Salud-UNAN-Managua

Estimada maestra Margarita, reciba fraternales saludos.

Le saludamos los estudiante de la carrera Enfermería Salud pública, como modalidad de graduación, estamos desarrollando una investigación que lleva por título Analizar los factores que influyen en las complicaciones de los pacientes con síndrome de Guillain Barré en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca en el período Enero-Octubre del 2016. Por lo anterior es que le estamos solicitando nos apoye en la validación de los instrumentos de recolección de datos, el cual consiste en una ficha de recolección de datos.

La ficha de recolección de datos, es una adaptación para la información que posee el expediente clínico, para medir y valorar las varaiantes clínicas, tratamiento, cuidados de Enfermería y complicaciones que presentaron los pacientes en el Hospital Lenin Fonseca.

Agradeceríamos que rayara con lápiz o lapicero sobre los documentos que le adjuntaremos y recomiende sobre los siguientes aspectos:

- Ortografía y redacción

- Correlación de los incisos con los objetivos de investigación
- Coherencia de las opciones estipuladas en la ficha: el orden, secuencia lógica de las preguntas.
- Pertinencia: grado de adecuación de la opciones de la ficha.

Adjuntamos a esta carta: introducción, tema, problema, objetivos de investigación, diseño metodológico e instrumentos de recolección de información.

Sin más a que referirnos nos despedimos, nuevamente agradeciendo su apoyo.

Investigadores

Br. María Celeste Meza_____

Br. Juana Antonia Ortiz_____

Br. Nancy Rauquel Ruiz_____



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD “LUIS FELIPE MONCADA”
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



Managua, 15 de Noviembre 2018



Dr. Carlos Quant

Médico de Internista y encargado del área de Epidemiología

Estimada Dr. Quan , reciba fraternales saludos.

Le saludamos los estudiante de la carrera Enfermería Salud pública, como modalidad de graduación, estamos desarrollando una investigación que lleva por título Analizar los factores que influyen en las complicaciones de los pacientes con síndrome de Guillain Barré en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca en el período Enero-Octubre del 2016. Por lo anterior es que le estamos solicitando nos apoye en la validación de los instrumentos de recolección de datos, el cual consiste en una ficha de recolección de datos.

La ficha de recolección de datos, es una adaptación para la información que posee el expediente clínico, para medir y valorar las varaiantes clínicas, tratamiento, cuidados de Enfermería y complicaciones que presentaron los pacientes en el Hospital Lenin Fonseca.

Agradeceríamos que corrigiera con lápiz o lapicero sobre los documentos que le adjuntaremos y recomiende sobre los siguientes aspectos:

- Ortografía y redacción
- Correlación de los incisos con los objetivos de investigación

➤ Coherencia de las opciones estipuladas en la ficha: el orden, secuencia lógica de las preguntas.

➤ Pertinencia: grado de adecuación de la opciones de la ficha.

Adjuntamos a esta carta: Introducción, tema, problema, objetivos de investigación, diseño metodológico e instrumentos de recolección de información.

Sin más a que referirnos nos despedimos, nuevamente agradeciendo su apoyo.

Investigadores

Br. María Celeste Meza_____

Br. Juana Antonia Ortiz_____

Br. Nancy Raquel Ruiz Garcia_____