



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERIA

**DIMENSIÓN PRACTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA.**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE 19 AÑOS CON
SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ CLÁSICO.**

AUTOR

MARTHA NICHOL ESPARZA RAMOS

TUTOR

LCDA. ESTRADA CONCHA TANIA

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2021

INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO	II
TITULO DE CASO CLINICO.....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT.....	V
INTRODUCCION.....	VI
I. MARCO TEORICO	1
FISIOPATOLOGIA.....	1
CLASIFICACION.....	1
FACTORES DE RIESGO.....	2
CUADRO CLINICO	3
DIAGNOSTICO.....	4
TRATAMIENTO.....	5
EPIDEMIOLOGIA.....	7
1.1 JUSTIFICACION.....	8
1.2 OBJETIVOS	9
1.2.1 OBEJETIVO GENERAL.....	9
1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	9
1.3 DATOS GENERALES	10
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	11
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.....	11
2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).....	12
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	16
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	20
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	20
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	23
2.8 SEGUIMIENTO.....	24
2.9 OBSERVACIONES	28
CONCLUSIONES.....	29
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u>	
<u>ANEXOS</u>	

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado en primer lugar a Dios que es quien ha permitido que yo pueda llegar hasta aquí para poder lograr cumplir mi sueño y meta, sin la bendición de él esto no hubiese sido posible, a mi esposo e hijo quienes han estado apoyándome en cada momento de todo este proceso de formación y a mis padres quien nunca dejaron de creer en mí y siempre me motivaron para seguir a delante y nunca rendirme, a todos ellos muchas gracias por creer en mí.

Martha Nichol Esparza Ramos

AGRADECIMIENTO

Mis mas sinceros agradecimientos a la Universidad Técnica de Babahoyo que ha sido parte de mi formación académica, contando con docentes de calidad que me impartieron los conocimientos necesarios para alcanzar mi meta y ser una excelente profesional. Agradezco a mi tutora la licenciada Tania Estrada quien con sus conocimientos supo ser la guía indicada para poder realizar de manera correcta la elaboración de este caso clínico.

Martha Nichol Esparza Ramos

TITULO DE CASO CLINICO

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE 19 AÑOS CON
SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ CLÁSICO.**

RESUMEN

El Síndrome de Guillain Barre es una enfermedad neurológica, en la cual existe un ataque por parte del sistema inmunitario hacia el sistema nervioso periférico exactamente en las vainas de mielina. El presente caso clínico trata de un joven de 19 años de edad de sexo masculino, ingresado en el Hospital IESS Babahoyo con un cuadro clínico de 15 días de evolución que inicia con disminución de fuerza y sensibilidad muscular progresiva en miembros inferiores ascendiendo hacia los miembros superiores, hipotonía, ausencia de reflejos osteotendinosos y dificultad para realizar deposiciones. Durante su estancia presentó complicaciones respiratorias caracterizadas por disnea y taquipnea, fue estabilizado con soporte de oxígeno por medio de una mascarilla simple a 5 litros y con estricta vigilancia por posible necesidad de ventilación mecánica. Se realizaron exámenes de imagen: resonancia magnética de columna, los resultados presentaron una leve alteración que se determinó que no era significativa y no aportaba al diagnóstico. Además se analizó su líquido cefalorraquídeo teniendo los siguientes resultados: Proteínas 75 mg/dl, IG: 573 mg/dL, Albumina: 2.92 g/dL, Linfocitos: 1 cel/mm³, Monocitos: 0 cel/mm³. Mediante los exámenes realizados se logró confirmar el diagnóstico de Síndrome de Guillain Barre, el tratamiento preciso para esta enfermedad es la inmunoglobulina intravenosa pero debido a la ausencia de esta en el hospital, se optó por la administración de corticosteroides e inmunosupresores.

Palabras claves: Síndrome de Guillain Barre, hipotonía, arreflexia, corticosteroides, inmunosupresores.

ABSTRACT

Guillain Barre Syndrome is a neurological disease, in which there is an attack by the immune system towards the peripheral nervous system exactly in the myelin sheaths. The present clinical case deals with a 19-year-old male, admitted to the IESS Babahoyo Hospital with a clinical picture of 15 days of evolution that begins with a decrease in strength and progressive muscular sensitivity in the lower limbs, ascending towards the upper limbs. , hypotonia, absence of tendon reflexes and difficulty in making bowel movements. During his stay, he presented respiratory complications characterized by dyspnea and tachypnea. He was stabilized with oxygen support by means of a simple 5-liter mask and with strict surveillance due to possible need for mechanical ventilation. Imaging examinations were performed: magnetic resonance imaging of the spine, the results showed a slight alteration that was determined to be not significant and did not contribute to the diagnosis. In addition, his cerebrospinal fluid was analyzed having the following results: Proteins 75 mg / dl, Gl: 573 mg / dL, Albumin: 2.92 g / dL, Lymphocytes: 1 cell / mm³, Monocytes: 0 cell / mm³. Through the tests carried out, it was possible to confirm the diagnosis of Guillain Barre Syndrome, the precise treatment for this disease is intravenous immunoglobulin but due to the absence of this in the hospital, the administration of corticosteroids and immunosuppressants was chosen.

Key words: Guillain Barre syndrome, hypotonia, areflexia, corticosteroids, immunosuppressants.

INTRODUCCION

El Síndrome de Guillain Barre (SGB) se trata de una enfermedad en la cual el sistema inmunitario ataca al sistema nervioso periférico especialmente en las vainas de mielina de los nervios pertenecientes a este sistema. Existen distintas variantes del SGB en relación a sus características neurofisiológicas o clínicas, entre ellas se encuentran: la polirradiculopatía inflamatoria aguda desmielinizante (AIPD), la neuropatía axonal motora aguda (AMAN), la neuropatía axonal sensitivo-motora aguda (AMSAN) y por último el síndrome de Miller-Fisher (MFS). (Ballón y Campos, 2017)

Algo característico de este síndrome es que los signos y síntomas tienen un tiempo de evolución menor de 4 semanas. Los signos clínicos característicos de este síndrome son: hormigueo, debilidad y parálisis muscular simétrica, bilateral con una progresión rápidamente ascendente, lentitud o pérdida de reflejos tendinosos, puede o no presentar dolor, trastornos en la marcha, diplejía facial, en casos severos se presenta falla ventilatoria y posteriormente la muerte. (Mendoza y Paz, 2018).

El diagnóstico se basa en la evaluación del cuadro clínico y el tiempo de evolución del mismo, se realiza una punción lumbar para poder examinar el líquido cefalorraquídeo y poder determinar la existencia o no de una disociación albumino citológica. Cuando el diagnóstico es confirmado mediante los exámenes necesarios, el tratamiento a seguir es la administración de inmunoglobulina intravenosa, plasmaféresis o incluso corticosteroides siendo la primera la mejor opción debido a que es más accesible en las unidades de salud y es de menor costo en comparación a la plasmaféresis. (Ballón y Campos, 2017)

El Síndrome de Guillain Barre es una enfermedad que puede atacar a cualquier ser humano ya que esta es independiente de factores como, sexo, hábitos de vida o edad. Se caracteriza por ser una enfermedad de evolución rápida por ende que necesita de un diagnóstico temprano y oportuno, ya que este síndrome a pesar de su gravedad presenta un buen pronóstico de recuperación, aproximadamente el 95% de los casos se recuperan por completo, dejando un porcentaje del 5% que pueden llegar hasta la muerte. (Hoffmann, et al., 2020)

Partiendo de lo ya previamente mencionado se presenta el caso clínico de un paciente de sexo masculino de 19 años de edad con diagnóstico de Síndrome de Guillain Barre, ingresado en el Hospital IESS Babahoyo, en la ciudad del mismo nombre, teniendo en cuenta, el cuadro clínico caracterizado por déficit motriz, antecedentes personales, familiares, examen físico, exámenes de laboratorio e imagen con la finalidad de aplicar el proceso de atención de enfermería (PAE) según los patrones funcionales alterados que mediante la aplicación de las taxonomías NADA, NOC, NIC y así se logren resultados favorables para una recuperación óptima del paciente.

I. MARCO TEORICO

El Síndrome de Guillain Barre (SGB) es un tipo de polineuropatía la cual se desconoce su origen o causa exacta, es característico por presentar lesiones que dañan el sistema nervioso periférico, ya que ataca a las vainas de mielina de manera directa, lo que genera compromiso en las inervaciones sensitivas y motoras de manera simétrica, progresiva y ascendente. (Marchena y Bottentuit, 2019)

FISIOPATOLOGIA

En relación a los descubrimientos que se han realizado en estos últimos años, se ha podido llegar a la conclusión que esta enfermedad es producto de una sobre expresión de anticuerpos anti fosfolípido-oligosacáridos por parte del sistema inmune generalmente a antígenos bacterianos o virales, dando lugar a que la interacción de antígeno-anticuerpo pueda lesionar primariamente la membrana mielínica, dando lugar a la desmielinización que caracteriza a la polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda o también conocida como Síndrome de Guillain barre Clásico.

En este síndrome se desarrolla una respuesta inflamatoria local contra las células Schwann las cuales son productoras de mielina. La infiltración de los pequeños vasos epineurales y endoneurales por linfocitos y monocitos provoca la degeneración de la mielina segmentaria en todo el nervio. Por ende todos los nervios mielinizados, sensoriales, simpáticos, motores y craneales pueden verse afectados. (Vallejo, 2019)

CLASIFICACION

Según los criterios clínicos, serológicos patológicos y electrofisiológicos se los clasifico en 4 grupos:

Polirradiculonopatía Inflamatoria Desmielinizante Aguda.- Alrededor del 90% se tratan de este tipo de neuropatía lo que la hace la más frecuente en relación al resto. Esta se da directamente en la vaina de mielina en comparación con la neuropatía Axonal Motora Aguda y la Neuropatía Axonal Sensitivo-Motora Aguda que atacan directamente a los axones. (Marchena y Bottentuit, 2019)

Neuropatía Axonal Motora Aguda(AMAN).- Los estudios reflejan que este subtipo involucra a las terminales nerviosas, dando lugar a la neuropatía axonal mediada por los macrófagos con infiltración linfocitaria que puede ser escasa o nula. Está asociada a infecciones por: *Compylobacter jejuni*, Epstein Barr, citomegalovirus o *Mycoplasma pneumoniae*. (Perez, 2020)

Neuropatía Axonal Sensitivo-Motora Aguda (AMSAN).- En esta afección se encuentra un daño severo de los axones sensitivos y motores con muy poco infiltrado linfocitario, sin desmielinización, los cambios que suceden se extienden a las partes proximales de las raíces nerviosas, que se relaciona con un inicio fulminante y déficit sensitivo. Los pacientes presentan una evolución fulminante donde inicia a la cuadriplejía y una recuperación lenta e incompleta del paciente. (Vallejo, 2019)

Síndrome de Miller Fisher (MFS).- Se caracteriza por su clásica triada de oftalmoplejía, ataxia y arreflexia sin debilidad muscular, además de esto también aparecen disartria, coma y signo de Babinski. Algunos pacientes empiezan desarrollando esta triada para luego llegar al cuadro clásico de Guillain barre. Estudios en paciente con MFS mostraron indemnidad del tronco y signos de desmielinización en pares craneanos. (Rojas, 2018)

FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo importante son las infecciones virales o bacterianas, una de las principales bacterias que está estrechamente relacionado con el Síndrome de Guillain

Barre es *Campylobacter jejuni* causando enteritis en los pacientes. También esta *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae* y *Corynebacterium diphtheriae*. Entre las infecciones virales se encuentran, citomegalovirus, rubeola, herpes, VIH, varicela-zoster, Influenza, enterovirus, Epstein-Barr, hepatitis A, B y C. Recientemente se ha indicado un incremento de la incidencia del SGB en pacientes enfermos por el virus Zika. (Ministerio de Salud Publica de Republica Dominicana, 2016)

CUADRO CLINICO

Los signos y síntomas presentes en el Síndrome de Guillain Barre se pueden clasificar de la siguiente manera

TÍPICOS	ADICIONALES	DE ALARMA
<ul style="list-style-type: none"> • Debilidad o pérdida de la fuerza muscular simétrica y ascendente • Trastornos en la marcha • Arreflexia o hiporreflexia osteotendinosa • Cambios o disminución de la sensibilidad • Hipotonía • Entumecimiento u hormigueo en extremidades • Dolor muscular • Alteración de los pares craneales 	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden o no estar presentes • Visión borrosa • Dificultad para mover los músculos del rostro • Arritmias Cardiacas • Contracciones musculares • Hipertensión arterial mantenida o transitoria • Alteraciones en la sudoración • Disfunción vesical • Estreñimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Disfagia, sialorrea • Disnea, apnea incapacidad para respirar con necesidad de soporte ventilatorio • Lipotimia

DIAGNOSTICO

El diagnostico usado con frecuencia para detectar esta enfermedad es confirmar si el paciente cuenta con los criterios de inclusión para Síndrome de Guillain Barre, para lo cual se usa los criterios diagnósticos de Asbury que clásicamente incluyen, debilidad progresiva de las extremidades, evolución ascendente, disminución o ausencia de reflejos, entre otros. A continuación se presenta una tabla que explica de manera detallada cada uno de los parámetros necesarios. (Rebolledo, et al., 2018)

Características necesarias para el diagnostico
Debilidad progresiva en extremidades inferiores y superiores
Arreflexia o hiporreflexia
Características que apoyan el diagnostico
Progresión de los síntomas durante días o cuatro semanas
Simetría relativa
Signos y síntomas sensoriales leves
Afectación del nervio craneal, debilidad facial, especialmente bilateral
Recuperación a partir de dos o cuatro semanas después de que cesa la progresión
Disfunción autonómica
Ausencia de fiebre al inicio
Hallazgos del líquido cefalorraquídeo: Alta concentración de proteínas y baja cantidad de células encontradas. (Disociación albumino-citológica)
Electromiografía/velocidades de conducción del nervio.
Características que ponen en duda el diagnostico
Debilidad asimétrica
>50 células en el líquido cefalorraquídeo
Percepción sensitiva
Características que descartan el diagnostico
Abuso de hexacarbonos (solventes inhalados N-hexano y N-butilcetona), incluye inhalación de tiñero y pegamento
El metabolismo de la porfiria anormal
Condiciones similares: poliomielitis, botulismo, parálisis histérica.

Existe una escala de discapacidad de SGB creada por Hughes en 1978, que ayuda a evaluar el nivel de discapacidad en el cual se encuentra el paciente durante esta enfermedad.

GRADO	DISCAPACIDAD
1	Sano
2	Síntomas menores y capaz de correr
3	Camina más de 10 metros con apoyo, pero incapaz de correr
4	Camina más de 10 metros en espacios abiertos con apoyo
5	Confinado en silla de ruedas o cama
6	Requiere ventilación asistida la mayor parte del día
7	Muerte

TRATAMIENTO

El punto clave para la atención en paciente con Síndrome de Guillain Barre es poder predecir el avance de una insuficiencia respiratoria y determinar el momento exacto en que se requiera de la ventilación mecánica. Alrededor del 20% de pacientes presentan falla respiratoria la cual se desarrolla entre la segunda o tercera semana de evolución de la enfermedad. (Rebolledo, et al., 2018)

PLASMAFERESIS.- Fue la primera terapia usada en base a evidencia de estudios realizados en los años 1985 y 1987 que demostraron que su administración durante las primeras dos o cuatro semanas demuestra un mayor beneficio y más aún en paciente que están asistidos con ventilación mecánica ayudando a la disminución significativa de la necesidad de la ventilación asistida. Las complicaciones presentes en este procedimiento es que puede haber inestabilidad hemodinámica, coagulopatía dilucional e hipocalcemia. (Gonzalez, et al., 2016)

Una de las desventajas de este tratamiento es el alto costo que representa y no se cuenta con ella en las entidades de salud, por ende ante la ausencia de esta se buscará

otras opciones de tratamiento o se derivará al paciente a otra casa de salud que pueda realizar el procedimiento.

INMUNOGLOBULINA IV (IGIV): Es un medicamento que está hecho a base de anticuerpos de sangre de personas sanas, eficaz en enfermedades inflamatorias o infecciosas y en enfermedades autoinmunes . La dosis recomendada es 2g/kg de peso para 5 días. Los eventos adversos incluyen: cefalea, náuseas, fiebre, prurito generalizado, en casos poco comunes hay trastornos severos como; insuficiencia renal aguda, insuficiencia cardiaca , meningitis aséptica, infarto cerebral y miocárdico, anemia hemolítica y reacción anafiláctica. (Gonzalez, et al., 2016)

En la actualidad el tratamiento de IGIV es la primera opción por el hecho de representar una fácil adquisición debido al no tan elevado costo en comparación con la plasmaféresis, siendo acompañada o no por algún otro fármaco indicado, por si sola genera un efecto terapéutico totalmente eficaz. Se estima que las posibles recaídas que tienen ciertos pacientes es debido a altas dosis de este medicamento.

CORTICOSTEROIDES: La administración de corticosteroides implica el uso de cualquiera de estos o su uso combinado, IM ACTH (100 unidades diarias por 10 días), metilprednisolona (500mg al día por 5 días), prednisona oral (dosis inicial de 40mg/ 60mg). Representan un mayor beneficio cuando se administra junto con la IGIV. (Fuentealba, et al., 2020)

Según la bibliografía investigada los corticosteroides no son el tratamiento de primera elección en esta enfermedad debido a que estudios que se han realizado pocos son los que demuestran una respuesta eficaz en los pacientes. A pesar de que la mayoría de resultados no sean favorables no hay que desestimar aquellos que si han demostrado buenos resultados, es decir no dejarlos de lado para tratar este síndrome, ya que existen ciertos estudios que declaran su eficacia al tratar el SGB.

EPIDEMIOLOGIA

El Síndrome de Guillain Barre es letal en <2%. La mayor parte de los pacientes mejoran considerablemente en un periodo de unos cuantos meses. Alrededor del 30% de pacientes que pasaron por el Síndrome de Guillain Barre tienen secuelas como una debilidad residual en sus extremidades, para tratar aquellas secuelas se pueden requerir, cirugía, rehabilitación física o dispositivos ortopédicos. (Arias y Chapa, 2020)

1.1 JUSTIFICACION

Este caso clínico ha sido elegido debido a que de manera teórica aporta con conocimientos básicos y completos en relación a la neuropatía que se trata, la cual es el Síndrome de Guillain Barre, centrando la información en los subtipos que presenta, su cuadro clínico; signos y síntomas, diagnóstico y las opciones de tratamientos.

De manera social esta investigación al tratar el tema de una enfermedad rara, poco frecuente y más que nada muy poco conocida por las personas, beneficiará a que las mismas conozcan un poco y sepan interpretar aquellos signos y síntomas que se presentan en esta afección ya que un diagnóstico tardío e inoportuno podría desencadenar en la muerte de la persona que está padeciendo de ella.

Se define como un caso de interés en el ámbito médico ya que para realizar la valoración correcta al paciente es necesario tomar en cuenta la bibliografía necesaria para poder ligarla con la presentación clínica que tiene el paciente e incluso descubrir novedades que se presentan en ciertos casos y que en la mayoría de ellos no.

Esta investigación ayudará a conocer el rol fundamental que tiene el personal de enfermería en función de ser promotores de la salud, siendo los encargados de realizar las actividades de cuidado directo siguiendo las prácticas clínicas ya establecidas para de esa manera lograr el mejoramiento de la salud del paciente

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBEJETIVO GENERAL

Desarrollar el proceso de atención de enfermería en un paciente con Síndrome de Guillain Barre clásico orientando las acciones de enfermería hacia el mejoramiento de la calidad de vida del paciente.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Establecer un diagnóstico enfermero mediante la taxonomía NANDA y los patrones funcionales alterados.

Aplicar las intervenciones planteadas en Proceso de Atención de Enfermería del paciente con diagnóstico de Síndrome de Guillain Barre.

Orientar al paciente y familiar sobre la importancia del cumplimiento del tratamiento.

1.3 DATOS GENERALES

Historia clínica: 477802

Sexo: Masculino

Edad: 19 años

Lugar de nacimiento: Guayaquil, Guayas

Fecha de nacimiento: 07/04/2002

Lugar de residencia: Tres Postes

Estado civil: Soltero

Raza: Montubio

Religión: Católico

Nivel de estudio: Bachiller Técnico en Electricidad

Grupo sanguíneo: O+

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.

Motivo de consulta

Paciente refiere presentar cuadro clínico de 15 días de evolución que inicia con hormigueo en extremidades, disminución de la fuerza y sensibilidad muscular progresiva el cual inicia en miembro inferior derecho, avanza al miembro inferior izquierdo y posteriormente a miembros superiores además presenta incontinencia fecal. Se lo ubica en el área de emergencia no respiratoria en la sección de varones.

Madre manifiesta que hace una semana y media paciente tuvo un cuadro leve de gastroenteritis, no acudió al médico.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES

El paciente hace 7 meses (10 noviembre de 2020) fue ingresado en el Hospital Luis Vernaza y fue trasladado posteriormente al Hospital Guayaquil siendo ingresado en el área de Unidad de Cuidados Intensivos por compromiso respiratorio, requiriendo de ventilación mecánica y posterior traqueotomía. Tanto paciente como acompañante manifiestan no recordar el diagnóstico con que se trató al paciente.

Se busca información en el sistema S400 pero no se encuentra nada.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre con Diabetes Mellitus tipo 2

Abuela materna con Diabetes Mellitus tipo 2 más Hipertensión

ANTECEDENTES ALERGICOS

No presenta

2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).

Paciente de 19 años acude al Hospital General IESS Babahoyo por presentar cuadro clínico de 15 días de evolución que inicia con hormigueo y pérdida de sensibilidad en extremidades y déficit motor progresivo en miembro inferior derecho inicialmente alterando su estabilidad de movimiento, avanza al miembro inferior izquierdo afectando en su totalidad su capacidad para caminar, posteriormente avanzó a miembros superiores generando la necesidad de permanecer acostado o semi sentado, presencia de hipotonía ausencia de reflejos osteotendinosos, e incontinencia fecal.

2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).

VALORACION CEFALOCAUDAL

- **Cabeza:** Normocefálica, cabello castaño, sin presencia de lesiones en el cuero cabelludo.
- **Cara:** Facie normal, sin presencia de palidez.
- **Ojos:** Simétricos con pupilas isocóricas reactivas a la luz, sin presencia de edema palpebral
- **Nariz:** Mucosa hidratada, con tabique simétrico y con una buena implantación del vello nasal.
- **Orejas:** Pabellones auriculares íntegros, sin problema auditivos.
- **Boca:** cavidad oral humedad, dentadura completa
- **Cuello:** Con cicatriz de traqueostomía, sin adenopatías palpables.
- **Tórax:** Correcta expansión torácica, campos pulmonares ventilados sin sonidos agregados, latidos cardíacos rítmicos.

- **Abdomen:** Blando, depresible no doloroso a la palpación, con ausencia de megalias
- **Miembros superiores e inferiores:** Simétricas, hipotónicas y sin sensibilidad en piernas y brazos
- **Genitourinario:** Ausencia de cicatrices, abundante vello púbico.

SIGNOS VITALES

PA: 130/90

FC: 64 x minuto

FR: 21 x minuto

T°: 36.6 °C

SpO2: 97%

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

Peso: 60 Kg,

Talla: 1.63 cm.

IMC: 22.58 (Normal)

ESTADO DE CONCIENCIA

ESCALA DE GLASGOW – VALORACION NEUROLOGICA

- **Apertura Ocular:** Espontanea - 4
- **Respuesta Verbal:** Orientado - 5
- **Respuesta Motriz:** Obedece – 6

RESULTADO: 15/15

VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

PATRON 1: PERCEPCION – MANEJO DE LA SALUD

Paciente afirma que su estado de salud es regular en estos momentos y manifiesta que espera poder recuperarse pronto

Hábitos higiénicos: Higiene personal adecuada

Vacunas: Esquema de vacunación completo

Hábitos tóxicos: Ninguno

Accidentes laborales, transito o domésticos: No

PATRON 2: NUTRICIONAL - METABOLICO

El paciente mantiene una ingesta de alimentos variados, pero indica que existe un consumo mayor de carbohidratos (verde, papa, arroz, etc.) en comparación con los otros macronutrientes. Su apetito es normal, ingiere las 3 comidas del día y alguna que otra fruta entre comida.

Peso: 60 kg

Altura: 1.63 cm

IMC: 22.58

Evaluando su Índice de Masa Corporal indica que está dentro de los parámetros normales

PATRON 3: ELIMINACION

Eliminación vesical: Eliminación normal, sin dificultad o dolor al momento de la micción

Eliminación intestinal: Presenta dificultad para realizar deposiciones.

Piel: Ausencia de fiebre, eudérmica y sin lesiones.

PATRON 4: ACTIVIDAD/EJERCICIO

El paciente refiere que hace mas o menos dos semanas él ha presentado hormigueo y debilidad muscular en ambas extremidades inferiores hasta llegar al punto de no poder caminar, esta debilidad avanzó hasta sus miembros superiores impidiendo su movilidad de manera completa. Lo cual le impide de manera total el movimiento voluntario.

El paciente al momento tiene una presión arterial de: 130/90 mmHg y una frecuencia respiratoria de 21 respiraciones por minutos.

PATRON 5: SUEÑO - DESCANSO

Paciente se encuentra un poco intranquilo, pero debido a la presencia de la madre junto a él, se siente más cómodo y logra conciliar el sueño por periodos largos de tiempo,

PATRON 6: COGNITIVO - PERCEPTUAL

Paciente orientado en tiempo, espacio y persona, consiente al momento de la valoración e interrogatorio por parte del personal de salud.

PATRO 7: AUTOPERCEPCION - AUTOCONTROL

Manifiesta su autoestima se encuentra afectado ya que no puede realizar sus necesidades o cualquier otra actividad sin la ayuda de su madre, siente que no es realmente autosuficiente eso lo desanima mucho porque no quiere representar una carga, teme no poder recuperar su estado de salud anterior.

PATRON 8: ROL - RELACIONES

Vive en casa de sus padres junto con su hermana menor de 13 años, manifiesta tener una buena relación con todos ellos en especial con su madre que siempre está presente en todo momento

PATRON 9: SEXUALIDAD / REPODRUCCION

El paciente manifiesta que el aun no es activo sexualmente, por ende no usa ningún tipo de anticonceptivo

PATRON 10: ADAPTACION - TOLERANCIA AL ESTRÉS

Paciente indica que nunca le han gustado los hospitales para el significa un mal ambiente y más aún por la situación en la que se encuentra, manifiesta que se siente algo estresado porque no sabe durante cuánto tiempo estará aquí.

PATRON 11: CREENCIAS

El paciente pertenece a una familia católica por lo cual él es alguien muy creyente en Dios.

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

Examen de sangre: Se lo realiza para ver los niveles de las células sanguíneas y detectar cualquier posible alteración en el organismo.

Punción Lumbar: Mediante este examen se logra determinar si existe o no la presencia de disociación albumino citológica.

Examen de Imagen - Resonancia Magnética: Mas que como un examen para un diagnóstico definitivo se lo realiza con la finalidad de descartar cualquier otro posible diagnostico similar al que cursa el paciente.

EXAMEN DE SANGRE

EXAMEN	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
LEUCOCITOS	9.43	5-10 k/l
HEMOGLOBINA	15.1	12 – 15 g/dL
HEMATOCRITO	42.0	%
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	85.1	80 – 94fL
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO	7.6	7.4 – 10.4fL
MONOCITOS	0.63	0.3 – 0.8 K/pL
EOSINÓFILOS	0.29	K/pL
LINFOCITOS	2.06	1.1 – 3.2 K/pL
NEUTRÓFILOS	6.43	2.2 – 4.8 K/pL
PLAQUETAS	225	150-450

EXAMEN DE SANGRE: GLUCOSA – AST – ALT – GGT

EXAMEN	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
GLUCOSA	95.40	74 – 109 mg/dL
AST (SGOT)	23	0 – 40 U/L
ALT (SGPT)	0.38	0.41 u/l
GGT	61	8 – 61 U/L

EXAMEN DE SANGRE: ELECTROLITOS NA – K – CL EN SUERO –

EXAMEN	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
SODIO EN SUERO	134	135 – 155 meq/L
POTASIO EN SUERO	4.1	3.5 – 5 meq/L
COLORO EN SUERO	98	98 – 106 meq/L

EXAMEN DE SANGRE: NITROGENO UREICO y CREATININA

EXAMEN	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
NITROGENO UREICO (BUN)	11	4 – 22 mg/Dl
CREATININA	0.5	0.5 – 1.2 mg/Dl

EXAMEN DE V.D.R.L

EXAMEN	RESULTADO
V.D.R.L.	NO REACTIVO
HIV 1 +	0.347

SI EL RESULTADO DEL HIV 1+ ES <1.00 EL EXAMEN ES NEGATIVO

SI EL RESULTADO DEL HIV 1+ ES >1.00 EL EXAMEN ES POSITIVO (CONFIRMAR CON WESTERN BLOT)

EXAMEN: TSH – T4 – t3 – ENDOCRINOLOGIA

EXAMEN	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
TSH	1.49	Uui/ML
T4	1.58	0.93 – 1.7 ng/dL
T3	3.02	2.0 – 4.4 pg/mL

EXAMEN DE IMAGEN : RESONANCIA MAGNETICA CONTRASTADA Y NO CONTRASTADA

Se valora resonancia magnética de columna vertebral simple sin contraste en la que parece lesión hipertensa en la unión bulbo medular con ligero engrosamiento del mismo la cual se observa desde el límite inferior del bulbo raquídeo hasta la c2-c3.

En la resonancia magnética de columna vertebral con contraste se observa lesión hipertensa intramedular que capara contraste de forma parcial no limitante y ensancha la medula desde C2 – C3. Estos resultados no presentan ningún aporte de importancia para realizar un diagnóstico definitivo

PUNCION LUMBAR

EXAMEN CITOQUIMICO DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO

VOLUMEN: 30 ML

COLOR Y ASPECTO ANTES DE CENTRIFUGAR: Amarillo claro

COLOR Y ASPECTO LUEGO DECENTRIFUGAR: Sobrenadante amarillo claro

SEDIMENTO: Ausente

CULTIVO DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDO

EXAMEN	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
CIPROFLOXACINA	SENSIBLE	≤ 0.5
CLINDAMICINA	SENSIBLE	≤ 0.25
ERITROMICINA	RESISTENTE	≥ 8
GENTAMICINA	SENSIBLE	≤ 0.5
LOVOFLOXACINA	SENSIBLE	0.25
LINEZOLIDA	SENSIBLE	2

RINFAMPICINA	SENSIBLE	<0.5
OXACICLINA	RESISTENTE	<=0.25
TETRACICLINA	SENSIBLE	<=1
VANCOMICINA	SENSIBLE	1
TRIMETHOPRIM-SULFAR	RESISTENTE	80
TIGECICLINA	SENSIBLE	<=0.12
MOXIFLOXACINO	SENSIBLE	<=0.25
BENCILPNICILINA	RESISTENTE	>=0.5
QUINUPRISTINA/DALF	SENSIBLE	<=0.25

VALORES EN LIQUIDO

EXAMEN	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
GLUCOSA	87.60 MG/DL	>70MG/DL
PROTEINAS	75MG/DL	15-45MG/DL
IGG	437MG/L	0.6MG/DL
ALBUMNA	35G%	10-30MG%
LDH	113	U/L

RECuento CELULAR

SEGMENTADOS: 0

LINFOCITOS: 1 CEL/MM3

MONOCITOS: 0

VALORES EN SUERO

EXAMEN	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
ALBUMINA	5.16G/DL	NORMAL
IGG:	1386 MG/DL	NORMAL

INTERPRETACION DIAGNOSTICA

Paciente presenta en líquido cefalorraquídeo aumento de producción intratecal de inmunoglobulinas, disociación albumino-citológica con una proteinorraquia importante y un nivel de linfocitos dentro de lo normal, eso da pase a una confirmación del Síndrome de Guillain Barre.

Paciente se beneficia del uso de inmunoglobulinas según los resultados del líquido cefalorraquídeo por lo que se sugiere la administración de las mismas

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

- **Diagnostico presuntivo:** En relación a los signos y síntomas que presenta el paciente y además la interpretación de los resultados de exámenes de sangre, líquido cefalorraquídeo y resonancia magnética se presume que el diagnóstico de Síndrome de Guillain Barre.
- **Diagnóstico diferencial:** Este se realizó tomando en cuenta aquellas patologías del sistema nervioso periférico que presentan los signos y síntomas que manifiesta el paciente tales como: Esclerosis Múltiple y Nueromielitis Óptica
- **Diagnóstico Definitivo:** Síndrome de Guillain Barre (SGB)

2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

El PAE o Proceso de Atención de Enfermería es aquel método que aplica el profesional de enfermería, que sirve para definir el diagnostico enfermeros, los resultados y las intervenciones que se llevarán a cabo para mejorar el estado de salud del paciente de manera más personalizada y eficaz en relación a su diagnóstico.

En relación a la valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon en el paciente con diagnóstico de Síndrome de Guillain Barre se logra obtener aquellos que se encuentran alterados según el criterio enfermero:

- **PATRON 3: ELIMINACION**
- **PATRON 4: ACTIVIDAD – EJERCICIO**
- **PATRON 7: AUTOPERCEPCION / AUTOCONTROL**
- **PATRON 10: ADAPTACION - TOLERANCIA AL ESTRÉS**

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

- Al tratarse de un paciente con compromiso de movilidad y sensibilidad en sus extremidades inferiores y superiores se decide mantenerlo en el área de emergencia.
- Control y monitoreo estricto de constantes vitales por posible complicación respiratoria.
- Se solicita a laboratorio tomar muestra sanguínea para exámenes de laboratorio.
- Se canaliza vía permeable para administración de medicación prescrita por medico de emergencia, los cuales serán registrados en el respectivo Kardex del paciente.
- Se solicita a neurólogo que realice su valoración.
- Se realizan cambios posturales para evitar úlceras por presión debido a la nula movilidad del paciente.

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

NANDA:
00085
NOC:0917
NIC: 0740

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

DX: DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA (00085)

R/C: Deterioro neuromuscular - deterioro sensorio perceptivo

DOMINIO: Salud Fisiológica

CLASE: Neurocognitiva

ETIQUETA: Estado Neurológico: Periférico (0917)

E/P: Ausencia de reflejos osteotendinosos, alteración en la sensibilidad y función motora en extremidades, hipotonía

ESCALA DE LIKER

INDICADORES	1	2	3	4	5
Propiocepción de extremidades superiores e inferiores.	X			X	
Sensibilidad en extremidades superiores e inferiores	X			X	
Reflejos osteotendinosos profundos	X			X	
Función motora en extremidades inferiores y superiores	X			X	

CAMPO: Fisiológico: Básico

CLASE: Control de inmovilidad

ETIQUETA: Cuidados del paciente encamado (0740)

- ACTIVIDADES**
1. Control de constantes vitales especialmente la temperatura.
 2. Colocación de colchón antiescaras
 3. Realizar cambios posturales cada 2 horas
 4. Administración de medicación prescrita por médico
 5. Motivar al paciente a realizar movimientos activos.
 6. Vigilar estado de la piel
 7. Subir barandales de la cama para evitar posibles caídas

2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

En este caso clínico que trata sobre una enfermedad como esta, es pertinente relacionarlo con la Teoría de Marjory Gordon la cual consta con los 11 patrones funcionales, que permiten un análisis completo del estado social, físico y mental del individuo. Una vez que se realice la evaluación de estos patrones se obtienen aquellos que se encuentran alterados dando paso a saber en cuales actuar y poder mejorarlos.

Una vez identificados aquellos patrones funcionales alterados, partiendo del más importante su busca la realización del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) para que mediante de las intervenciones de enfermería según el diagnostico enfermero definido se logre el mejoramiento óptimo en la salud del paciente.

En conjunto con el tratamiento de corticosteroides, rehabilitación física y los cuidados directos de enfermería según el PAE, el paciente debe tener un estado de salud mucho mejor en comparación con el que ingreso a la casa de salud.

2.8 SEGUIMIENTO.

19/05/2021

Paciente de 19 años con diagnóstico médico aparente de Síndrome de Guillain Barre (SGB), se encuentra ingresado en el área de emergencia en la sección de varones. Sus signos vitales son: PA: 130/90, FR:21X¹, FC:64X¹, T:36.6. Se le administra plan de hidratación que consiste en Solución Salina al 0.9% 1000 cada 24 horas. Se le realizan exámenes de laboratorio. Médico tratante indica posible necesidad de administración de inmunoglobulina G en caso de tratarse de SGB.

Al momento de la valoración por neurología, paciente vigil, consciente coherente y congruente, colaborador con el examen físico, médico indica que el paciente presenta alteración de la sensibilidad, estreñimiento e hipotonía en las 4 extremidades y signo de BABINSKI negativo. Médico indica ingreso al área de Medicina Interna

Como intervenciones de enfermería se establecen las siguientes:

- Control de constantes vitales.
- Colocación de colchón antiescaras
- Realizar cambios posturales cada 2 horas
- Administración de medicación prescrita por médico
- Vigilar estado de la piel

20/05/2021

Paciente orientado en tiempo, espacio y persona. Se encuentra en el área de Medicina Interna bajo mismas indicaciones médicas. Médicos indicaron que él necesita de un familiar por lo cual su madre es quien lo acompaña en la habitación. Al joven se le realiza enema evacuante debido a que refiere no haber hecho deposiciones durante 3 días.

Neurólogo prescribe la siguiente medicación:

- Solución salina al 0.9% 1000cc cada 24 hora
- Complejo B 10ml intravenoso diluido en 250 cc de solución salina al 0.9% durante cinco días una dosis diaria
- Hidroxocobalamina 1mg/ml por 10 días vía intravenosa
- Enoxaparina 40mg subcutánea diaria,
- Omeprazol 40mg diaria intravenosa.

Durante la tarde paciente presenta descompensación ventilatoria caracterizada por disnea y taquipnea, uso de musculatura accesoria, con signos de distrés respiratorio secundario a debilidad muscular progresiva. Inmediatamente es ubicado en el área emergencia en la sección de reanimación respiratoria, se mantiene estricta vigilancia por posible necesidad de ventilación mecánica. Se le coloca mascarilla simple a 5 litros y obtiene una saturación de oxígeno de 100%. Se ubica la paciente en posición semifowler.

Se añade a la medicación dosis de dexametasona 200mg diarios por 5 días.

21/05/2021

Paciente sigue en el área de emergencia en la sección de reanimación respiratoria, se encuentra orientado, vigil con adecuada dinámica respiratoria, si disnea en reposo con una saturación de 96% con mascarilla simple. Se le realizaron exámenes de imagen y valoración de líquido cefalorraquídeo luego de una punción lumbar.

Médico interpreta los resultados y en base a esto da como diagnóstico definitivo Síndrome de Guillain Barre. Por lo cual se indica la administración de Inmunoglobulina pero dado que el hospital no cuenta con la medicación requerida, indica generar derivación a unidad de mayor complejidad o aquella que cuente con la medicación de necesidad, por el momento se inicia con el manejo de corticosteroides y rehabilitación física inmediata.

El corticoesteroide de elección es la Prednisona oral 5mg cada 2 horas junto con el inmunosupresor aziatropina oral 50mg cada 8 horas.

23/05/2021

Paciente se encuentra orientado y vigil, es capaz de mantener una respiración normal sin el uso de mascarilla, presenta una saturación del 98% al ambiente una respiración de 20x¹, por lo cual médicos tratantes indican su reubicación en el piso de Medicina Interna sin soporte de oxígeno junto con familiar. Se añade a la prescripción médica: lactulosa 15ml cada 8 horas y se mantiene al paciente en posición semifowler.

24/05/2021

Paciente sigue en condiciones estables, no ha presentado episodios de dificultad respiratoria, se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona. Continúa con iguales indicaciones.

25/05/2021

Se administra la última dosis de dexametasona ya que cumple con los 5 días prescritos.

En horas de la noche paciente presenta cuadro de hipertensión manejando una presión arterial de 180/100, se le realiza control cada hora, al pasar 3 horas su presión se normaliza y no vuelve a ascender.

26/05/2021

Paciente en el área de Medicina Interna ya con esquema de corticosteroides e inmunosupresor más plan de rehabilitación física manifiesta que ya está empezando a ver resultados buenos debido a que es capaz de mover los hombros hacia delante y atrás. Tanto el paciente como su madre se muestran contentos por este avance.

28/05/2021

Neurólogo indica reajuste en el esquema de corticosteroides reducción la dosis: prednisona oral 5mg cada 3 horas. Con el fin de poco a poco ir disminuyendo la dosis para evitar posibles recaídas que opaquen el avance de la salud en el paciente.

Se mantienen los cuidados de enfermería añadiendo la motivación hacia al paciente para realizar movimientos activos de manera paulatina.

31/05/2021

Paciente en el área de Medicina Interna orientado en tiempo y espacio es valorado por neurólogo quien valora reflejos osteotendinosos, que dan como resultado una respuesta baja ante los estímulos, hay existencia de poca sensibilidad en sus extremidades tanto inferiores como superiores, medico indica que si el paciente sigue evolucionando de esa manera pronto tendrá el alta.

02/05/2021

Médico tratante solicita exámenes de laboratorio: sangre y orina. Para evaluar estado del paciente y analizar una posible alta.

03/05/2021

Neurólogo revisa los resultados de exámenes indicados en base a que todo está dentro de los parámetros normales además realizo el examen físico dando resultados positivos ante los estímulos realizados, indica el alta del paciente para el día siguiente debido a la hora y la nula posibilidad de que el paciente junto con su familiar pueda trasladarse a su domicilio.

04/06/2021

Paciente es dado de alta, se va a casa en mejores condiciones en relación a su ingreso capaz de levantarse y poder ubicarse en la silla de ruedas. Se le envía con tratamiento de corticosteroides orales y vitaminas además se le indica de que debe seguir con la rehabilitación física ya sea en el subcentro más cercano o acercarse a este hospital. Médicos indican que debe cumplir con el tratamiento en casa de manera estricta junto con la terapia física para evitar nuevos episodios de la enfermedad.

Neurólogo indica que el paciente tiene una consulta generada para el 10/07/2021 con el fin de evaluar el avance del paciente.

2.9 OBSERVACIONES

Cómo se sabe en el ámbito médico el tratamiento de elección es la inmunoglobulina G intravenosa y como segunda opción la plasmaféresis, pero en este caso se usaron los corticosteroides, dado el desfaz existente en esta casa de salud.

El uso de corticosteroides causa cierta controversia ya que hay estudios que indican que estos medicamentos no ayudan en lo absoluto en mejorar el estado del paciente mientras que pocos son aquellos que dicen que a pesar de su poco uso y poca evidencia no hay que descartarlos.

Lo característico de este caso es el hecho de que el tratamiento de corticosteroides administrado al paciente obtuvo buenos resultados dado que el paciente al iniciar este tratamiento junto con la rehabilitación física fue recuperando paulatinamente tanto la movilidad como la sensibilidad en sus extremidades inferiores y superiores para poco a poco volver a su vida normal.

CONCLUSIONES

Mediante la taxonomía NANDA y los patrones funcionales de Marjory Gordon teniendo en cuenta el patrón afectado de mayor relevancia en relación al paciente, se establece el diagnóstico enfermero pertinente para este caso clínico para así lograr las correctas intervenciones mediante el correcto diagnóstico .

Una vez establecidas las intervenciones de enfermería previamente planteadas en el Proceso de Atención de Enfermería se las lleva a la práctica en el cuidado directo del paciente con diagnóstico médico de Síndrome de Guillain Barre, dando como resultado el mejoramiento de la salud del mismo.

Se orienta mediante la educación tanto al paciente como al familiar sobre la importancia de seguir de manera estricta el cumplimiento del tratamiento según indicación de médicos tratantes para evitar posibles recaídas en la salud del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Arias, G., & Chapa, C. (05 de Noviembre de 2020). *Repositorio Digital*. Obtenido de Repositorio Digital de la UTMACH:
<http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/15785>
- Ballón, B., & Campos, N. (2017). Características clínicas y paraclínicas del Síndrome de Guillain-Barré en el Hospital Regional Lambayeque. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 22-26.
- Fuentealba, M., Molina, I., Vera, A., Pérez, C., Klasse, G., Juica, S., & González, A. (mayo de 2020). *Scielo*. Obtenido de Revista Médica de Chile:
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000500594&lang=pt
- González, G., Bahaman, G., González, A., & Ramírez, C. (2016). Síndrome Guillain-Barre: Una mirada actual. *Revista Facultad de Salud*, 41-42.
- Hoffmann, D., Ross, C., Hofstätter, L., Azevedo, M., & Ferrería, L. (16 de marzo de 2020). *Scielo*. Obtenido de Enfermería Global:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000100011
- Marchena, C., & Bottentuit, J. (Septiembre de 2019). *RI-UNPHU*. Obtenido de Repositorio Institucional RI-UNPHU: <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/3613>
- Mendoza, C., & Paz, G. (2018). SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRE REPORTE DE UN CASO. *Scielo*.
- Ministerio de Salud Pública de República Dominicana. (2016). Protocolo de Atención Síndrome de Guillain Barre. 6.

Perez, P. (2020). *Scielo*. Obtenido de Acta Medica Peruana:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000300352

Rebolledo, D., Gonzalez , P., & Salgado, I. (2018). *Scielo*. Obtenido de Medicina Interna

de Mexico: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-

48662018000100009

Rojas, M. (2018). Aspectos clinicos y terapeuticos del Sindrome de Guillain Barre.

Revista Medica de Trujillo.

Vallejo, J. (Junio de 2019). *GUILLIAN BARRE VARIANTE ATIPICA*. Universidad Tecnica

de Ambato.

ANEXOS



ESTUDIANTE MARTHA ESPARZA R. REALIZANDO ENTREVISTA A PACIENTE DE 19 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE GUILLAIN BARRE



EXAMEN DE RESONANCIA MAGNETICA DE: COLUMNA VERTEBRAL. DE PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE GUILLAIN BARRE