

2ej. 13



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



ESTUDIO CLINICO EN PROCESO DE ATENCION
DE ENFERMERIA A UN PACIENTE CON SINDRO
ME DE GUILLAIN - BARRE.

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COORDINACION DE S.S. Y O.T.T.

U. N. A. M.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
PIEDAD CORREA LAFONT



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	PAG.
I. I N T R O D U C C I O N	
II. O B J E T I V O S	4
III. M E T O D O L O G I A	4
MARCO TEORICO.	6
1. ANATOMIA Y FISILOGIA DEL SNC.	6
2. CONCEPTO DEL SINDROME DE GUILLAIN BARRE.	10
2.1 Etiologia.	10
2.2 Epidemiologia.	11
2.3 Patogenia	11
2.4 Anatomía Patológica.	12
2.5 Manifestaciones Clínicas.	14
2.6 Diagnóstico	15
2.7 Tratamiento	17
2.8 Pronóstico y Complicaciones.	25
2.9 Historia Natural del Síndrome de Guillain Barré.	26
3. Historia Clínica de Enfermería	27
3.1 Problemas Detectados	
3.2 Diagnóstico de Enfermería	
4. Plan de Atención de Enfermería.	33
4.1 Problemas y/o Necesidades.	34

	PAG.
4.2 Manifestaciones Clínicas	
4.3 Fundamentación Científica	
4.4 Acciones de Enfermería	
4.5 Fundamentación Científica	
4.6 Evaluación	55
V. CONCLUSIONES.	58
VI. BIBLIOGRAFIA.	59

I. INTRODUCCION.

El Síndrome de Guillain Barré se trata de una poliradiculoneuritis que se acompaña de disociación albúmino citológica en el líquido cefalorraquídeo.

Es de gran importancia su estudio ya que es un padecimiento frecuente en nuestro medio, en el transcurso del año de 1986 en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía se presentaron 18 casos con Síndrome de Guillain Barré, con predominio en el sexo masculino (13) y menos frecuente en el sexo femenino (5). Comprendida entre las edades de 21-58 años, de estos pacientes 17 fueron dados de alta por mejoría siguiendo una terapia de rehabilitación y una defunción por complicaciones respiratorias.

La primera descripción de la enfermedad corresponde a Landry 1959, quien observó la debilidad de miembros inferiores con progresión ascendente quien padecía esta enfermedad, posteriormente Westphal 1876 y Osler 1892, profundizaron más sobre este cuadro y fueron acuñados los conceptos parálisis ascendentes de Landry y polineuritis aguda febril.

En 1916 Guillain Barré y Strohl ampliaron el panorama de la enfermedad y se introdujo el término disociación

albúmino citológica como parámetro diagnóstico.

La afección suele estar precedida por una infección de las vías respiratorias y del aparato gastrointestinal, que configuran un período inicial de 2 a 7 días de duración, posteriormente se presenta la parálisis en los pies y después en las manos, manifestándose una debilidad de miembros inferiores que se acentúan progresivamente con o sin afecciones de pares craneales.

La polirradiculoneuropatía se presenta en todas las edades con predominio en la primera y sexta década de la vida. La mortalidad es de alrededor del 15% y se debe principalmente a las alteraciones de las funciones respiratorias. La mayoría de los pacientes experimentan una recuperación progresiva y de acuerdo con la intensidad de la parálisis puede prolongarse por un período de semanas o meses.

La disociación albúmino citológica en el LCR constituye la comprobación diagnóstica más importante, consiste en un aumento de las proteínas desde 45 a 75 mg hasta 300 mg. o más por 100 ml coincidiendo con una cantidad de células normales, en algunos casos esta disociación puede comprobarse dos o tres semanas después de la aparición de la

parálisis, pero por lo común se presenta antes de que se manifieste el cuadro y retrocede después de la mejoría clínica.

El tratamiento consiste en la administración de corticosteroides y en vitamina B y en el control del estado general y del estado respiratorio.

II. O B J E T I V O S.

Elaborar un plan de trabajo de enfermería con fundamentos en la metodología científica en un caso clínico de afección por Síndrome de Guillain Barré.

III. M E T O D O L O G I A.

Para el desarrollo de este trabajo se realizará primero una revisión bibliográfica para integrar un marco teórico que sea la referencia conceptual que apoye posteriormente ante el caso clínico concreto, la toma de decisiones y la fundamentación de las acciones con el paciente.

Dicha información bibliográfica será extraída de bibliotecas públicas y de los hospitales Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Hospital General La Raza, Hospital de Infectología Centro Médico La Raza, siguiendo la metodología de la investigación documental.

El presente trabajo de investigación de Síndrome de Guillain Barré se realizará en el tercer piso de Neurología del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, haciendo énfasis en el número de casos que se presenta dicho padecimiento en este servicio.

Se le proporcionará al paciente un plan de cuidados integrales y específicos de enfermería, con el fin de aplicar conocimientos adquiridos y a su vez que el paciente se integre en sus aspectos biológicos psicológicos y sociales en el medio ambiente que le rodea.

MARCO TEORICO

1. Anatomía y Fisiología del Sistema Nervioso Central.

El sistema nervioso es el sistema dominante del cuerpo humano. Proporciona un complejo sistema de comunicación y dirige e integra junto con el sistema endocrino las actividades del organismo.

Las manifestaciones de disfunción en el sistema nervioso depende la localización de la lesión. Esto requiere de cierta comprensión de las regiones del sistema nervioso que participan en distintas actividades.

Las partes estructurales componentes del sistema nervioso son el cerebro, la médula espinal, los nervios, los ganglios, los receptores y los efectores. El cerebro y la médula espinal constituyen el sistema nervioso central, las otras partes forman el sistema nervioso periférico. Hay dos divisiones funcionales; el sistema nervioso cerebrospinal o somática que se ocupa principalmente de las actividades en el nivel consciente, y el sistema nervioso autónomo o in voluntario, que inerva las glándulas y el músculo visceral.

La unidad estructural microscópica del sistema nervioso es la neurona (célula nerviosa), que consta de un cuerpo celular y procesos citoplásmicos. Cada neurona tiene un sólo proceso llamado axón, que conduce impulso del cuerpo de la célula al exterior. y uno o más procesos conocidos como dendritas que transmiten impulso hacia el cuerpo de la célula.

Las células nerviosas se clasifican como motoras (eferente), sensitivas (aférentes) o conectoras (internunciales).

El sistema nervioso central se halla encerrado dentro del estuche cefalorraquídeo, lo que confiere una protección muy resistente frente a las agresiones del mundo exterior. Dentro de la cavidad craneal se encuentra el encéfalo, formado por su parte superior o cerebro, que ocupa las fosas anterior y media del cráneo; el cerebelo situado en la fosa posterior, separada del resto por su tienda o tentorium y el tronco cerebral o istmo del encéfalo. La médula queda incluida dentro del conducto raquídeo, al que sigue en su desplazamiento en las zonas de mayor movimiento para finalizar a la altura del primer cuerpo vertebral lumbar, donde se continúa con la cola de caballo. Todas estas estructuras se encuentran separadas del estuche óseo que las

envuelve, por unas membranas o cubiertas, en cuyo interior se dispone el líquido cefalorraquídeo que actúa a modo de amortiguador hidráulico del SNC. Estas cubiertas son las meninges, que consta de tres hojas; la piamadre que es la más interna y está adherida al parénquima nervioso; la aracnoides, de situación intermedia, entre cuyas hojas circula el LCR y la más externa o duramadre, que tal como indica su nombre, es la más consistente .

El cerebro es la porción más voluminosa del encéfalo y posee cisuras en las que se encuentran las diferentes funciones; así en el surco lateral o cisura de Silvio se aísla el lóbulo temporal o se relaciona con centros para el lenguaje y la audición; y la cisura de Rolando separa los lóbulos frontal y parietal y está relacionada con centros para funciones motoras y sensitivas; la cisura callosa somarginal funciona en las respuestas olfatorias y emocionales, la cisura calcarina incluye las áreas visuales y el surco colateral que está relacionado con el centro del olfato.

El cerebro está dividido en cinco lóbulos; occipital, donde se encuentra el área visual y los centros de correlación para los impulsos visuales, en el temporal se halla el área receptora sensitiva para los impulsos auditivos y los centros de correlación para los impulsos auditi-

vos, el lóbulo parietal está relacionado con el tacto ligero, presión y dolor y recibe los estímulos sensitivos finos y por último el frontal está relacionado con el movimiento y un daño puede causar hemiplejia o hemiparesia.

El cerebro por su parte posee la función del movimiento en sus lóbulos anterior y posterior y le da equilibrio en el lóbulo neumogástrico.

El líquido cefalorraquídeo es una parte importante del sistema nervioso central, circula por el espacio subaracnoideo, es un líquido acuoso y transparente que en su composición se parece al plasma, actúa como amortiguador hidráulico en condiciones patógenas varía mucho su aspecto.

La sangre que llega al cerebro se deriva de las dos arterias carótidas internas y las dos arterias vertebrales que parte de las arterias subclavias. En la base del cerebro, las carótidas originan las arterias cerebrales anterior y media. Las arterias vertebrales al llegar al cerebro se unen formando la arteria basilar, que origina las arterias cerebrales posteriores.

En el interior del cerebro se encuentra una serie

de cavidades llamado ventrículos, que se origina del tubo neural embrionario. Hay dos ventrículos laterales, uno en cada hemisferio cerebral, cada ventrículo lateral se comunica con el tercer ventrículo por medio de un agujero intraventricular (Agujero de Munro). El tercer y cuarto ventrículo están unidos por el acueducto de Silvio.

2. Síndrome de Guillain Barré.

CONCEPTO: Se trata de una polirradiculoneuritis, caracterizada por debilidad muscular y ligera pérdida sensorial distal que generalmente comienza poco después de un trastorno infeccioso, que se acompaña de una disociación albuminocitológica en el LCR.

2.1 Etiología.

Existen múltiples agentes involucrados tales como:

- 1) Tóxicos (plomo, oro, arsénico).
- 2) Alérgicas (enfermedades del suero, accidentes vacunales).
- 3) Infecciones Bacterianas (estafilococos, salmonellas, difteria).
- 4) Infecciones virales (Cosakie, echo, rubeola, parotiditis, menocllisis, infecciones de hepatitis, gripe, varicela, etc.)

- 5) Trastornos metabólicos (diabetes porfiria, desnutrición, etc.).
- 6) Ataques inmunológicos a los nervios periféricos.
- 7) Estados paraneoplásicos (leucosis linfomas, carcinomas).

2.2 Epidemiología.

El síndrome de Guillain Barré se presenta en todas las edades con predominio en la primera y sexta década de la vida.

Es más frecuente esta patología en el sexo masculino éste supera al femenino en proporción de 2 a 1.

Se presenta con mayor frecuencia en los meses donde aumenta las enfermedades respiratorias.

Se ha visto que la mayoría de los pacientes proviene de áreas suburbanas o rurales.¹⁾

2.3 Patogenia.

El síndrome de Guillain Barré es un proceso de autoinmunización, en el cual los linfocitos T están sensibili

1) NAPOLES GONZALEZ. Infectología Clínica.et.al.p. 297.

zados a la mielina de los nervios espinales y craneales, lo cual desencadena una desmielinización y posteriormente una reacción inflamatoria. (Figura 1)

La base fundamental de esta hipótesis ha sido la similitud existente entre el Síndrome de Guillain Barré y la neuritis aguda experimental "A.K. Asbury y Colsi insisten en que la inflamación perivenular es el primer fenómeno que se observa. Hay migración linfocitaria a través de la pared vascular multiplicación y transformación celular local y después infiltración nerviosa periférica".²⁾

2.4 Anatomía Patológica.

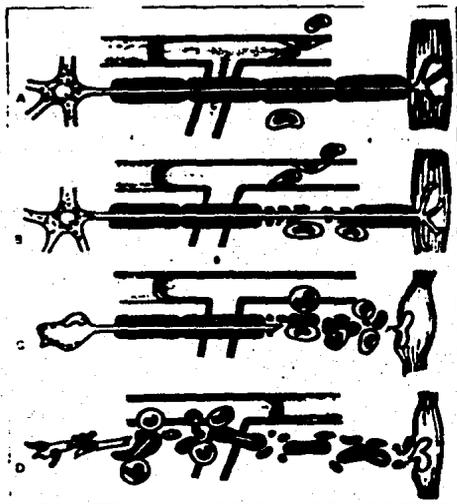
Las alteraciones anatomopatológicas de este Síndrome no están completamente aclaradas, la evolución de las lesiones se han conocido a través de los estudios postmortem.

Los hallazgos se observan si el paciente muere en las primeras dos semanas ya que en la primera semana los cambios son inexistentes.

En los primeros cuatro días se observa edema de las raíces de los nervios.

2) FARRERA. Medicina Interna. p.135.

REPRESENTACION ESQUEMATICA DE LOS FENOMENOS
CELULARES EN EL CURSO DE LAS POLIRRADICULO-
NEURITIS INFLAMATORIAS.



- A) Fijación linfocitaria sobre una pared vascular: migración y transformación linfocitaria fuera del vaso.
- B) Desmielinización segmentaria en presencia de células mononucleadas.
- C) Y D) La lesión puede llegar hasta la interrupción del axón.

Figura #1.

Sexto día; edema irregularidad de la vaina de mielina y en los cilindroejes.

Noveno día; infiltración de linfocitos.

Onceavo día: infiltración de fagocitos.

Treceavo día; proliferación de las células de schwann, en casos graves puede haber afectación de las raíces posteriores y del ganglio de gasser. En las placas neural puede haber edema fragmentación con infiltración de las fibras nerviosas y degeneración.

2.5 Manifestaciones Clínicas.

Antes de presentarse las alteraciones neurológicas existe una afección procedida por infección de las vías respiratorias y del aparato gastrointestinal con un período de incubación de 2 a 7 días, posteriormente se presenta la parestesia de pies y después de las manos, manifestándose una debilidad en los miembros inferiores que se acentúa progresivamente, la enfermedad puede evolucionar hasta la cuadriplejia con parálisis esfinteriano.

La progresión ascendente puede afectar las raíces cervicales superiores que inerva al músculo diafragma 2a. 3a., 4a., produciendo parálisis respiratoria.

El ataque de los nervios craneales puede aparecer entre el 15% y 50% de los casos y los más frecuentemente afectados son VII (facial), IX (glosofaríngeo), X (vago), los cuales determinan parálisis en la deglución y diplegia facial signo de pronóstico malo. Figura #2.

El examen físico revela una disminución del tono y la fuerza muscular de tipo simétrico, acompañado de hipo o arreflexia osteotendinosa.

Las alteraciones de la sensibilidad de tipo de guante o calcetín consiste en parestesia o hipoestasia. Es excepcional encontrar anestesia.

2.6 Diagnóstico.

El diagnóstico se establece a través de los caracteres propios de este síndrome (parálisis generalizada, debilidad motora, ataques de los nervios craneales, etc.).

Estudio del LCR.- Las proteínas están elevadas 200-

PARES CRANEALES QUE SE AFECTAN EN EL
SINDROME DE GUILLAIN BARRE

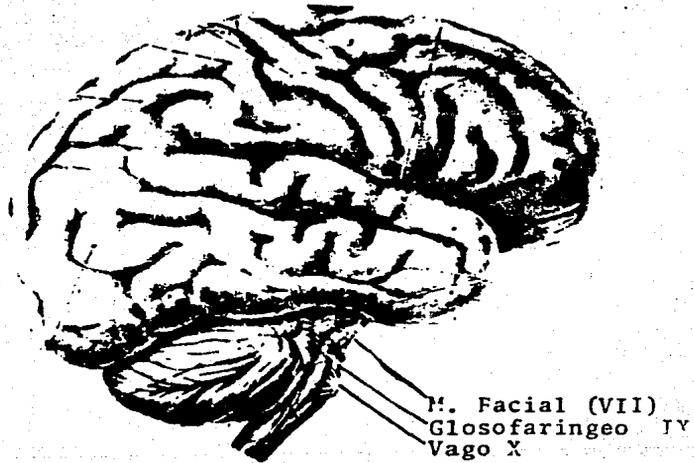


Figura # 2.

3000 mg x 100 ml., por lo cual existe una disociación albumi
no citológica en el LCR.

El LCR puede ser amarillento, no hay aumento en el número de células aunque en algunos casos cursa con elevación de células en general monocitos, a veces la presión del LCR está elevada.

Características Electrodiagnóstica:

En lentecimiento o bloqueo de la conducción nervio
sa.

Diagnóstico Diferencial.

Poliomelitis la cual se caracteriza por fiebre en dromedario, parálisis asimétricas, ausencia de trastornos sensoriales, ausencia de vacunación y el LCR característico de la meningitis viral.

2.7 Tratamiento.

El manejo de estos pacientes es principalmente a ba
se de medida de sostén y control del estado respiratorio an
te la posibilidad de una parálisis intercostal.

La terapia física es parte importante del tratamiento a través de masaje y movimientos activos y pasivos, con el fin de mantener el tono muscular y prevenir las contracturas, dieta rica en ácidos grasos poliinsaturados, abundantes líquidos.

Si la enfermedad progresa hasta llevar a la parálisis respiratoria se impone el manejo de intubación endotraqueal y ventilación mecánica.

Administración de corticosteroides, se da prednisona a razón de 1 a 2 mg x kg al día por dos semanas con reducción paulatina.

Tratamiento de Rehabilitación.

Ejercicios de colchón; se propone lo siguiente:

1. Enseñar a cambiar de posición de decúbito prono a decúbito supino, de decúbito supino a posición sentada.
2. Enseñar a mantener el equilibrio en pos. sentada.
3. Enseñar a moverse en todas las direcciones.
4. Enseñar a la manipulación de las extremidades.

5. Fortalecer los músculos, ejercicios de empuje.
6. Enseñar estiramientos.

Tina o Tanque de Hubbard.

Este tanque es para todo el cuerpo es un sustituto eficaz si los factores de espacios o costo, no bastan para justificar la piscina terapéutica.

Todo el cuerpo con excepción de la cabeza se sumerge en agua a la temperatura de 36.7 a 40°C, el líquido suele ser agitado y aerado es un método para proporcionar calor y ejercicio suave, de especial utilidad si hay incapacidad o padecimiento poliarticulares.

Mesa de Balancin o estabilidad.

La mesa está constituida en dos secciones de madera terciada, una brinda apoyo al cuerpo y la otra a los pies.

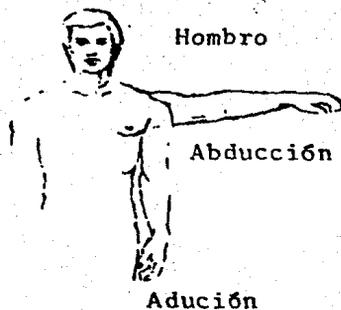
Finalidad: Permite al paciente adaptar la posición erguida, prevenir las deformaciones por contracturas, impedir los efectos nocivos del reposo en cama prolongado como pérdida del tono muscular, trastorno de la circulación sanguínea periférica y úlceras por decúbitos.

EJERCICIO DE REHABILITACION EN EL PACIENTE
CON SINDROME DE GUILLAIN BARRE EN PROCESO
DE EVOLUCION

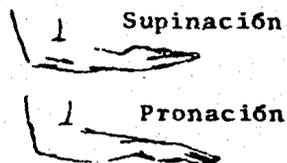
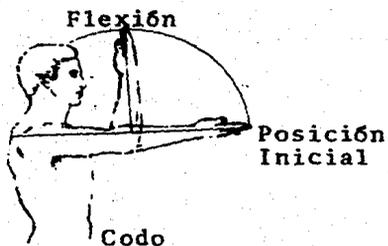
Flexión hacia adelante



Extensión hacia atrás

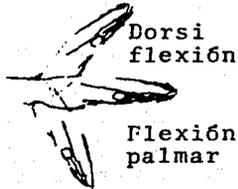


ANTEBRAZO



EJERCICIOS DE REHABILITACION DE MUÑECA, PULGAR
Y DEDOS EN EL SINDROME DE GUILLAIN BARRE.

MUÑECA



Desviación radial-Desviación cubital



Aducción

Abducción

PULGAR



Oposición

Aducción

Abducción

DEDOS



Extensión

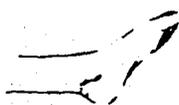
Neutral

EJERCICIOS DE REHABILITACION DE TOBILLO, DEDOS DE
LOS PIES Y RODILLA EN EL SINDROME DE GUILLAIN BARRE

TOBILLO

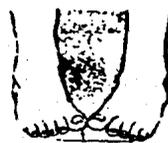


Dorsiflexión

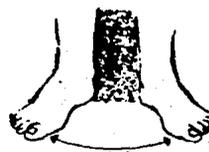


Flexión plantar

PIE



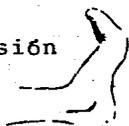
Eversión



Inversión

DEDOS DE LOS PIES

Extensión



Flexión



Aducción



Abducción

Extensión



RODILLA

Flexión



EJERCICIOS DE REHABILITACION DE CADERA EN EL
SINDROME DE GUILLAIN BARRE

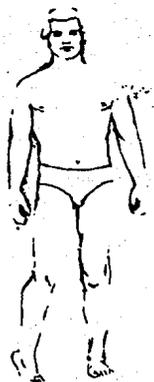
CADERA



Abducción



Aducción



Rotación interna



Rotación externa

EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN DE COLUMNA CERVICAL
EN EL SINDROME DE GUILLAIN BARRE

COLUMNA CERVICAL



Neutral



Flexión



Extensión



Neutral



Rotación



Neutral



Inclinación
Cervical



Inclinación
Lateral



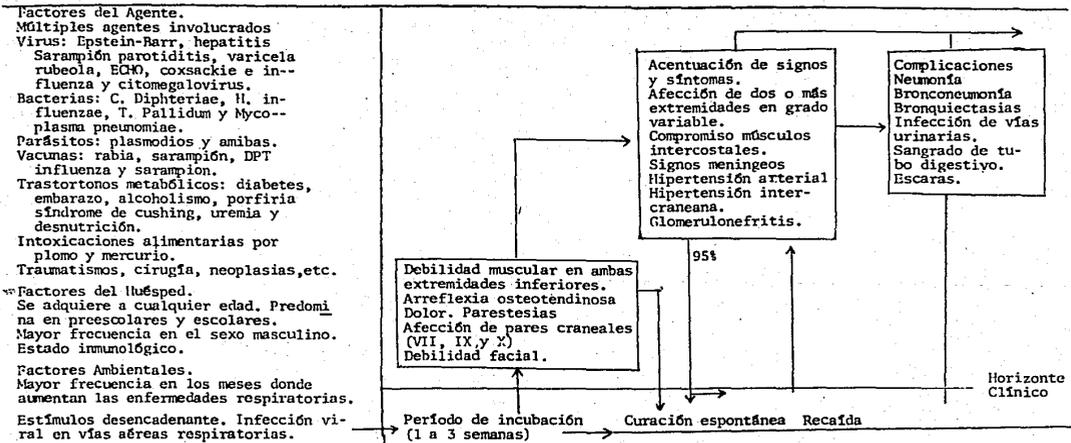
2.8 Pronóstico y Complicaciones.

El síndrome de Guillain Barré es un cuadro en general benigno con recuperación completa en la mayoría de los casos y variable en los casos graves.

Cuando el cuadro de la evolución de los síntomas progresa no más de las dos semanas, la recuperación ocurre en más del 95%, y si por el contrario los síntomas continúan progresando por más de 18 días puede quedar con algún tipo de secuela permanente.

La letalidad por lo general es baja de 4% algunos autores informan hasta un 20%.

Las complicaciones más importantes ocurre en los casos en que se presenta parálisis respiratoria, pudiendo observar neumonía, bronquiectasia. Otras complicaciones son: infecciones urinarias, hemorragias digestivas, escaras por la inmovilización prolongada.



PERIODO PREPATOGENICO		PERIODO PATRGENICO		
PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA		PREVENCIÓN TERCIARIA
Promoción de la salud.	Protección específica.	Diagnóstico temprano y Ex. Oportuno	Límit. de la Incapac.	Rehabilitación
Educación higiénica	No existe	Reconocimiento del cuadro clínico	Intubación o traqueos	Medicina de rehabilitación
Instalación de drenaje y agua potable.		Líquido cefalorraquídeo, aumento de proteínas y células normales	ventilación asistida	Terapia ocupacional
Disponibilidad de servicios médicos.		Electromiografía. Mantener función ventilatoria.	Fisioterapia	
		Estimulación eléctrica transcutánea. Dieta rica en ácidos grasos poliinsaturados. Esteroides (prednisona 1 a 2 mg/kg/día/2 sem. Plasmaféresis 3 aplicaciones por semana.	Cambio de postura	
			Alineación de miembros.	

3. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA.

NOMBRE: A. S. A. H. SERVICIO: Neurología
No. DE CAMA: 341 FECHA DE INGRESO: 27-02-87 EDAD: 44 a.
SEXO: Femenino ESTADO CIVIL: Soltera. OCUPACION: Hogar
ESCOLARIDAD: Secundaria RELIGION: Católica.
NACIONALIDAD: Mexicana LUGAR DE NACIMIENTO: Chiapas.
DOMICILIO: Primavera: Avenida Norte No. 28

PERFIL DEL PACIENTE.

AMBIENTE FISICO.

Habitación: La paciente refiere que existe una buena iluminación y ventilación, el ambiente es seguro, tranquilo no existe mucho ruido.

La habitación es propia en la cual vive con su mamá y sus dos hermanas una mayor y otra menor que ella.

Construcción: de adobe.

Número de habitaciones: 4 sin incluir el baño y la cocina.

SERVICIOS SANITARIOS.

Agua: es intradomiciliaria y la hierven para tomarla.

Control de basura: La paciente refiere que el control de la basura es diario, ya que el camión pasa diariamente, recolectan la basura en tinacos grandes, el cual está siempre en un patio que tiene en su casa.

Eliminación de excretas: Drenaje.

Iluminación: Existe una buena iluminación.

Pavimentación: Si está pavimentada la calle donde vive y sus alrededores.

Vías de comunicación: Teléfono si tiene.

Medios de transporte: Autobuses y a veces taxi.

Recursos para la salud: Salubridad y particular.

Hábitos Higiénicos:

Baño: Diario, se baña en regadera con agua tibia.

Manos: Se lava las manos antes de comer y después de ir al baño.

Bucal: Tres veces al día después de cada comida.

Cambio de ropa: Total diario, después del baño, la ropa no le gusta usarla justa sino algo holgada y así poder efectuar cómodamente cualquier movimiento.

Alimentación:

Los alimentos los toma en el comedor o cocina, en compañía de su mamá y sus hermanas.

Desayuno: (Horario y alimentos): Huevo, leche, pan a las 8:00

Comida: Carne de pollo o res, verduras, tortillas a las 2 PM

Cena: Quesadilla, pan, leche a las 7:00 P.M.

Alimentos de desagrado: Ninguno.

Eliminación: (horario).

Vesical: orina 4 veces al día y una por la noche, no padece de incontinencia vesical.

Intestinal: Evacúa una vez al día padece de estreñimiento por lo que toma mucha agua.

Descanso:

Descansa una hora después de las comidas.

Sueño: Por lo regular duerme bien, su sueño es leve, duerme de 10 PM a las 7 AM.

Diversiones y/o deportes.

En los ratos libres teje, ve la TV y oye la radio, le gusta caminar y hacer ejercicios.

Estudio y/o trabajo: No solamente estudió hasta la secundaria, se dedica a los quehaceres del hogar.

Dinámica Familiar: La dinámica familiar es buena, platica con facilidad con su mamá, hermanas y otros parientes.

Dinámica Social: Es regular tiene muy pocos amigos.

Comportamiento: Es bueno.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES.

Padre falleció por trombolia pulmonar, hermana probable diabetes mellitus, enfermedad de Parkinson en su madre.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Frecuentemente cuadros de amigdalitis acompañada de cuadros gripales, padeció parotiditis a los 25 años.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Ingesta de alcohol ocasionalmente, inmunizaciones completas,

hábitos higiénicos y dietéticos adecuados.

ANTECEDENTES GINECO ORSTETRICOS:

Menarca: 12 años. Menstruación 28 x 4 abundante.

Gesta: o. para; o aborto; o Nubil.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Inicia hace aproximadamente 1 mes, con odinofagia leve seguida de un período de 5 días asintomáticas, posteriormente astenia y adinamia, hace dos días cefalea de predominio occipital intermitente, pulsátil y con sensación de hormigueo en la cabeza, palma de las manos y planta de los pies, pesadez en las piernas, inicialmente con incapacidad para la marcha y subir escaleras posteriormente para sostenerse de pie, menciona notable disminución de la fuerza y tono muscular.

EXPLORACION FISICA.

Integra, edad aparentemente acorde a la cronológica, de constitución ligeramente obesa con palidez de mucosa y piel, cráneo sin alteraciones, ojos simétricos, con pupilas iguales responden a la luz, conductos auditivos permeables, mucosas orales secas.

Cuello sin palpase tiroides, no hay ingurgitaciones yugular, ni adenomegalia, no hay datos de insuficiencia respiratoria.

Ruidos cardiacos normales y ritmo, abdomen voluminoso por abundantes tejidos adiposos sin visceromegalia.

SISTEMA MOTOR:

Cuadriparesia con disminución del tono de predominio en miembro inferior izquierdo, apenas logra vencer gravedad más notable a nivel proximal y de extensores.

MEDICION:

Respiración: 22, temperatura: 36.5. Pulso: 84. T/a 140/90

EXAMENES DE LABORATORIO:

Q.S.

Glucosa: 97

Urea: 41.

Creatinina 0.8

Acido Urico: 50.

Bilirrubinas totales: 0.5

Directa: 0.2

Indirecta: 0.3

Proteínas totales: 75.

Albúminas 43.

Globulinas: 3.2

Colesterol: 1 65

B.H.

Hemoglobulina: 15.8

Hematocritos: 49

Leucocitos: 6000

Sedimentación: 290,000

Enzimas

Tranzaminanza glutámica oxalacética 20 mu/ml.

" " piruvica: 46.

Fosfatasa alcalina: 68

EXAMEN DEL LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO.

Aspecto cristalino.

Presión: 130 mm de H₂O

Glucosa 80,000 mg.

Cloruros: 110,00

Proteínas totales 38.00 mg.

E.G.O. (Examen General de Orina).

Densidad: 1.035

P.H. : 6.0

Hemoglobina: +

Nitritos: positivo.

Examen microscópico del sedimento.

Leucocitos: 5-7/c

Eritrocitos 2-4/c

Células renales: +

4. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

NOMBRE: A. S. A. H.

EDAD: 44 años. Sexo: Femenino

Servicio: Neurología Cama: 341.

Fecha de ingreso: 27-02-87. Fecha de egreso: 13-03-87.

Diagnóstico Médico: Síndrome de Guillain Barré.

OBJETIVOS:

Brindar una atención de calidad de enfermería al paciente con síndrome de Guillain Barré, para colaborar a una recuperación que le permita reintegrarse a la sociedad con el máximo de sus capacidades.

Diagnóstico de Enfermería.

Paciente femenina de 44 años de edad, soltera, dedicada al hogar. Pesa aproximadamente 78 kg. y mide 1.60 m., de constitución ligeramente obesa. Orientada en las tres esferas psicológica, biológica, sociales, con buenos hábitos higiénico dietéticos.

Se observa con mucosas orales poco hidratadas, ligera palidez de tegumentos, signos vitales dentro de los lmites normales, en posición semifowler con control de esfin-ter, sin soluciones parenterales.

Intranquila por su padecimiento, refiere cefalea, y adinamia, incapacidad para la marcha y sostenerse de pie, disminución de la fuerza y tono muscular, que le hace de tal medida ser independiente,

PROBLEMA Y/O NECESIDAD.

Amigdalitis.

Manifestaciones Clínicas.

Odinofagia (dolor al deglutir), dolor en la garganta.

Fundamentación Científica.

La inflamación aguda de las amígdalas debido generalmente a infecciones estreptocócicas con menos frecuentes viral, y se manifiesta clínicamente por odinofagia y dolor en la garganta a la exploración física las amígdalas se encuentran edematosas, hiperémicas.

Antes de presentarse la sintomatología neurológica como en el caso de Guillain Barré existe con frecuencia una afección de las vías respiratorias o del aparato gastrointestinal, con un período de incubación de 2 a 7 días, en este caso el paciente ha sufrido con bastante frecuencia esta problemática.

Acciones de Enfermería.

- a) Aseo bucal con bicarbonato.
- b) Administración de antimicrobiano dicloxacilina.

Fundamentación Científica.

a) El bicarbonato se produce continuamente a lo largo de la vida en cantidades variables como un producto terminal del metabolismo tisular. Es antiséptico favorece a la higiene y de tal manera evita la propagación de microorganismos.

Es una sustancia amortiguadora que actúa en la regulación Acido - base del organismo.

Una solución que tiene tendencia a resistir cambio en su pH cuando es tratada con ácidos o bases fuertes, se denomina amortiguadora; una solución amortiguadora contiene un ácido o base débil y una sal de dicho ácido o base.

El bicarbonato actúa como amortiguador en la regulación del pH.

La acidez de una solución está determinada por la concentración de hidrogeniones (H^+).

La acidez se expresa convenientemente con el símbolo PH, la solución neutra tiene PH de 7. El PH de una solución fuertemente básica o alcalina puede ser tan alto como 14, mientras que de una solución ácida puede ser menor de 1.

b) Para disminuir el curso de la enfermedad y prevenir su extensión: Posipen, dicloxaciclina sódica, antibiótico Pan-positivo.

La mejor penicilina que existe actualmente para uso general en infecciones gram positivas, incluyendo las originadas por estafilococos resistentes. El posipen es altamente bactericida, posee la cualidad de proporcionar las mismas concentraciones hemáticas por vía oral que por vía intramuscular.

El posipen destruye estreptococos, neumococos, estafilococos sensibles o resistentes, independientemente de su resistencia a otros antibióticos.

PROBLEMA Y/O NECESIDAD.

Incapacidad para la ingestión de los alimentos.

Manifestaciones Clínicas.

- a) Disfagia.
- b) Odinofagia.

Fundamentación Científica.

a) La disfagia, conciencia subjetiva de dificultad al deglutir, debida a una progresión alterada del material desde la faringe al estómago, la sensación puede ir acompañada de dolor o no.

El transporte de líquidos y sólidos pueden ser impedidos por lesiones orgánicas de la faringe, el esófago y los órganos adyacentes o por alteraciones funcionales del sistema nervioso y de la musculatura.

b) La odinofagia dolor durante la deglución, puede producirse con o sin disfagia y puede deberse a la destrucción de la mucosa, a las infecciones bacterianas o micóticas, la neoplasia o sustancias químicas, etc.

La disfagia y odinofagia esto ocasiona un problema nutricional debido que el aporte calórico está disminuido ya que no se alimenta bien. Las tres sustancias alimenticias dirigidas y absorbidas en el tubo gastrointestinal son: carbohidratos, proteínas, lípidos, vitaminas que son esenciales para conservar la salud.

Acciones de Enfermería.

- a) Ayudar a la paciente para la ingestión de los alimentos.
- b) Ayudar a la paciente a tener una posición adecuada (semifowler o Fowler) para la alimentación que favorezca a la digestión.

Fundamentación Científica.

- a) Debido que la paciente se encuentra incapacitada para la movilidad y comer por sí misma.

El alimento mantiene la vida y determina el estado de nutrición de la persona, como se refleja en el estado de salud, proporciona al cuerpo la energía que requiere para todas sus actividades (por ejem. respiración, circulación de la sangre, actividad muscular).

Si la alimentación se suspende, o un trastorno en este aparato interrumpe la elaboración esencial de los nutrientes, se ve amenazada la supervivencia del individuo.

- b) Permite la deglución más fácil y aminora las posibilidades de asfixia que la posición decúbito dorsal.

PROBLEMA Y/O NECESIDAD.

Deshidratación.

Manifestaciones Clínicas.

Mucosas orales secas.

Piel seca.

Fundamentación Científica.

Los efectos de la deshidratación depende del déficit de volumen de líquidos y del tiempo en que se presenta, los efectos son más agudos cuando aparecen rápidamente, cuando el paciente es un lactante, o un niño o una persona de edad, así como un enfermo debilitado.

El líquido intersticial es el primero en disminuir, dando por resultado un aumento de la presión osmótica que hace salir agua de las células, La deshidratación altera la concentración celular y finalmente interrumpe el metabolismo celular normal.

La piel se vuelve seca al disminuir la transpiración y pierde su turgencia.

Las secreciones salivares se reduce, la boca, farin

ge y lengua se secan y causan incomodidad al paciente.

La deshidratación en el paciente con Guillain Barré es resultado de la falta de aporte calórico.

Acciones de Enfermería.

- a) Control de líquidos.
- b) Insistir que el paciente tome abundantes líquidos.
- c) Cuidado de la boca (mantener la boca limpia, lubricar los labios).
- d) Cuidado de la piel (mantenerla limpia, baño diario, lubricarla).
- c) Toma de signos vitales.

Fundamentación Científica.

a) Para conocer los volúmenes de ingreso y egreso diario del paciente, si lo egresado excede a la ingesta existe un balance negativo, de lo contrario existe un balance positivo.

b) Insistir que tome líquidos es importante, la necesidad de restaurar la hidratación y concentración de electrolitos normales, con el objeto de mantener el metabolismo, circulación y funcionamiento renal.

c) Cuidado de la boca; la boca requiere limpieza y enjuagues frecuentes, puede aplicarse aceite en los labios o vaselina para aliviar la sequedad y evitar que se agrieten.

d) Cuidado de la piel; el baño diario o de esponja da al paciente sensación de frescura, permite relajación de los músculos, la piel se lubrica para aliviar la sequedad y evitar que se irrite y agriete.

e) Toma de signos vitales; cuando existe un déficit de líquidos, se debe controlar con frecuencia los signos vitales (pulso, temperatura, presión arterial, respiración).

La presión sanguínea y el volumen del pulso permanecen normales en la primera fase de la deshidratación, debido a que el agua intracelular se desplaza hacia afuera, para compensar la pérdida extracelular.

Sin embargo, si no se corrige el déficit de líquido el volumen intravascular finalmente disminuye, la presión sanguínea decae y el pulso se debilita y el paciente puede presentar un estado de shock.

Hay aumento de la temperatura como resultado de la

evaporación disminuida de líquido en la superficie corporal, que es normalmente un mecanismo importante de control de temperatura.

PROBLEMA Y/O NECESIDAD.

Astenia y Adinamia.

Manifestaciones Clínicas.

Debilidad general, cansancio, falta de fuerza.

Fundamentación Científica.

La astenia y adinamia son signos inespecíficos de varias enfermedades causada por la entrada de microorganismos y ataca el estado general del individuo.

Transmisión del impulso en la sinapsis ; una fibra nerviosa termina en un cuerpo parecido a un botón íntimamente relacionado con la dendrita o cuerpo de otra célula.

Las neuronas entonces se ponen en contacto una con otra en estos puntos llamados sinapsis. Mientras la transmisión de un impulso nervioso en las fibras nerviosas es un proceso eléctrico, la transmisión entre las neuronas a tra-

vés de la unión sináptica es un proceso químico realizado por medio de un mensajero químico. La célula que envía el mensaje produce dicha sustancia u hormona en su lado de la sinapsis, entonces esta hormona atraviesa el espacio sináptico para hacer contacto con la segunda célula ósea, la que recibe, estimulándola. La hormona o mensajero es usualmente la acetilcolina el efecto de ésta sobre las células receptoras es aumentar la permeabilidad de su membrana a los iones de sodio. El resultado por supuesto es iniciar una onda de despolarización en la célula receptora, transmitiendo el impulso. La sinapsis es un conductor direccional en un solo sentido que trasmite impulso solo de axón a dendritas.

Acciones de Enfermería.

- a) Cambio de posiciones frecuentes.
- b) Proteger al paciente de traumatismo.
- c) Reposo relativo.

Fundamentación Científica.

a) Los cambios de posiciones cada hora o dos horas evitan estasis circulatoria y presión prolongada sobre cualquier parte del cuerpo y para facilitar la expansión de los pulmones y el drenaje de las secreciones pulmonares y contribuir a su comodidad.

b) Los barrandales y estrecha observación son necesarios para proteger al paciente.

c) Reposo se anima al paciente a descansar lo más posible para reducir la demanda de actividades celulares y optimizar energía. Se planeará la asistencia de enfermería de modo que haya un mínimo de molestia para el paciente.

PROBLEMA Y/O NECESIDAD.

Cefalea.

Manifestaciones Clínicas.

Dolor de cabeza.

Fundamentación Científica.

El dolor de cabeza o cefalgia es una manifestación común de infecciones agudas generalizadas, o intracraneal, traumatismo de la cabeza, hipertensión grave o hipoxia cerebral, etc.

Los dolores de cabeza pueden ser resultado de estimulación o tracción de o por presión sobre cualquiera de las estructuras de sensibilidad dolorosa de la cabeza.

Todos los tejidos que cubre el cráneo, los pares craneales V (trigeminó) IX (glosofaríngeo) X (vago).

Acciones de Enfermería.

- a) Reposo y relajación.
- b) Administración de medicamentos, Dexametazona, neomelubrina.

Fundamentación Científica.

a) Proporcionarle a la paciente un ambiente tranquilo, con iluminación disminuída, puede aliviar el dolor de cabeza en cierto grado.

b) La dexametazona son corticostéroides y tienen acción antiinflamatoria.

La neomelubrina es analgésico, antipirético, anti-inflamatorio, está indicado para el tratamiento sintomático de las enfermedades que se acompañan de dolor.

PROBLEMA Y/O NECESIDADES.

Cuadriparesia.

Manifestaciones Clínicas.

Incapacidad para la marcha y sostenerse de pie con predominio en el lado izquierdo.

Fundamentación Científica.

El comienzo es evidenciado por parestesia de las extremidades, dolor en miembros inferiores, un déficit motor, a partir de este estado la afección se hace difusa, pero es más netamente pronunciado en los miembros inferiores, los trastornos neurológicos progresan rápidamente y de 8 a 10 días alcanzan su desarrollo máximo, el déficit motor interesa a los 4 miembros es moderado o severo, o puede llevar a la parálisis total.

Acciones de Enfermería.

- a) Ejercicio respiratorios (inflar globos).
- b) Ejercicios pasivos.
- c) Vigilar estado de conciencia, actividad motora, reflejo papilar.
- d) Administración de medicamentos: Tagament

Fundamentación Científica.

a) Para prevenir la neumonía hipostática. La neumonía son procesos inflamatorios generalmente agudo del pulmón,

con infiltración exudativa y celular de los alveolos inters
ticio y bronquiolos respiratorios. La neumonía hipostática
que se presenta, sobre todo en individuos marasmódico y de-
crépito, en los paralíticos, hemipléjicos y en particular
tras operaciones, manifestándose por la respiración acelera
da y cianosis matidez de las porciones pulmonares posteroi
nferiores, sople bronquial y estertores consonantes.

El incremento sintomático y la elevación de la tem-
peratura denuncia la neumonía hipostática, con frecuencia
el esputo no es expectorado a causa de la debilidad bron-
quial coexistente.

b) Los ejercicios pasivos son los ejercicios que lleva
a cabo el terapeuta o la enfermera, sin que haya contracción
activa por parte del paciente, tiene como propósito conser-
var tanta movilidad articular como sea posible conservar la
circulación.

Acción.

Estabilizar la articulación proximal y apoyar la po
sición distal.

- Mover la articulación con suavidad, lentitud y gen-
tilidad en toda la extensión de su movilidad.

- Evitar producir dolor.

Los efectos: tiene los siguientes efectos:

- 1) Impiden la contractura y la formación de adherencia.
- 2) Aumenta la sensibilidad propioceptiva.
- 3) Mantiene la longitud en reposo del músculo.
- 4) Estimula los reflejos de flexión y extensión.

Los ejercicios son: de extensión, flexión, rotación, abducción, aducción, de hombro, codo, muñeca, pulgar, dedos, tobillo, de los pies, cadera, rodilla, columna cervical.

A través de esto se observa si el paciente presenta alguna alteración neurológica.

c) Estado de Conciencia.- La conciencia se puede definir como el conocimiento completo de sí mismo y de su medio ambiente con respuesta apropiada a estímulos.

El estado de alerta y la conciencia plena depende de la interacción entre la corteza cerebral y la formación reticular central.

Los estados de conciencia son: alerta, somnolencia, estupor, coma.

Alerta.- Cuando el paciente responde a estímulos cuando se le habla, se encuentra orientado y cooperador.

Somnolencia.- Responde cuando se le habla y obedece órdenes simples, está confuso en cuanto a fecha y lugar.

Estupor.- No responde a estímulos auditivos, sólo a estímulos dolorosos.

Coma.- No hay respuesta a ningún estímulo externo.

El reflejo papilar en condiciones normales las pupilas tienen el mismo diámetro y responden a la luz.

La actividad motora, factor importante que debe ser observado en el paciente tono, fuerza muscular, movimientos voluntarios, pasivos, activos.

d) Tagament Cimetidina.- El tagament inhibe por antagonismo la acción de la histamina en el receptor H₂ de la histamina, por lo tanto disminuye la secreción de ácidos gástricos en los niveles basales y en los niveles elevados por estimulación y reduce la producción de pepsina.

PROBLEMA Y/O NECESIDAD.

Disminución del tono y fuerza muscular.

Manifestaciones Clínicas.

Disminución del tono y fuerza muscular.

Fundamentación Científica.

La parestesia o disminución de la fuerza o tono muscular se acompaña de una hipotonía y de una arreflexia tendinosa. La lesión de las fibras sensitivas se manifiesta por persistencia de dolores profundos y de parestesia distal.

Acciones de Enfermería.

- a) Ejercicios activos con ayuda.
- b) Ejercicios activos.
- c) Ejercicios isométricos o desarrollo muscular.

a) Ejercicios activos con ayuda.- Son los ejercicios que hace el paciente con ayuda del terapeuta o de la enfermera.

Propósito: Estimular la función muscular.

Acción: Apoyar la porción distal y alentar al paciente a que lleve la articulación activamente, en toda la extensión de su movilidad.

b) Ejercicios activos.- Son los que lleva la paciente sin ayuda tiene como propósito aumentar la fuerza muscular,
Acción: Los ejercicios activos deben hacerse contra la gravedad.

Las articulaciones se mueven en toda la extensión de su movilidad sin ayuda. Otra forma de ejercicio girar de un lado a otro, de la espalda al abdomen y moverse hacia arriba y abajo en la cama.

Los efectos del ejercicio activo mejora y aumenta la fuerza muscular también tienden a mejorar la función corporal general, la reserva respiratoria y la condición del cuerpo.

c) Ejercicios isométricos o desarrollo muscular: Contrae y relaja alternativamente un músculo, en tanto que la parte del cuerpo se conserva en posición fija. Este ejercicio lo hace el paciente.

Propósito: Conservar la fuerza cuando se inmoviliza la articulación.

Acción: El paciente contrae o tensa el músculo tanto como sea posible sin mover la articulación.

Lo conserva así varios segundos, enseguida lo suelta y relaja.

Durante la fase de contracción respirar profundamente.

PROBLEMA Y/O NECESIDAD.

Intranquilidad por el padecimiento.

Manifestaciones Clínicas.

Preocupación, depresión por el padecimiento.

Manifestación Científica.

Las reacciones de incredulidad del paciente incapacitado, seguidas de depresiones y probable resentimiento de que esto le haya sucedido a él son comprensibles.

Acciones de Enfermería.

- a) No dejar solo al paciente por largo tiempo.
- b) Proporcionarle terapia ocupacional.
- c) Relación óptima enfermera-paciente.

Fundamentación Científica.

a) El paciente se muestra inseguro, desesperado, intranquilo, por lo tanto no debe dejarse solo por largo tiempo, y así evitar que se sienta desamparado.

b) La terapia ocupacional; la noción de terapia por medio de una actividad física dirigida a la realización de un

trabajo, se refiere al aspecto más conocido de la terapia ocupacional, que es el empleo de técnicas corrientemente artesanas como medio de reducción.

Desarrolla la habilidad que puede transferirse a su casa, elabora proyectos prácticos que el paciente puede llevar a cabo y que desarrollarán coordinación y conservar su interés; desarrolla también la capacidad de recuperar movimientos finos.

c) Relación óptima enfermera-paciente. Es lo que genera un clima o atmósfera que permite la consecución de una meta, por parte del paciente. Es precisamente esa relación lo que hace que el enfermo y la enfermera se sientan bien como resultado de su convivencia.

Una estricta observación de sus reacciones y comentarios indicará a la enfermera cuando iniciar la conversación en el momento apropiado

La enfermera puede hacerle constar verbalmente que sabe que la situación parece desesperada para él y puede asegurarle que se hace todo lo posible para ayudarlo a recuperar su fuerza y capacidad para hacer las cosas por sí mismo.

Debe evitarse ofrecer falsas esperanzas, la asimilación de los cambios corporales y patrón de vida relacionado con su incapacidad toma tiempo.

Las visitas frecuentes de sus familiares puede proporcionarle apoyo y reforzar la impresión de que no lo rechazan como un inválido.

E V O L U C I O N

La paciente llegó al Hospital de Neurología y Neurociurgia el día 27 de febrero de 1987, procedente de Chiapas, por sentir cefalea, astenia y adinamia, fuerza y tono muscular disminuido, incapacidad para la marcha y sostenerse de pie. Esta sintomatología la inquietaba y le preocupaba.

Ingresa por el servicio de Urgencias donde es valorada por los médicos, los cuales deciden internarla para determinar su diagnóstico, la paciente es trasladada al servicio de neurología, en su exploración física las pupilas se encuentran normoreflécticas, cuadriparesia con disminución del tono con predominio en miembro inferior izquierdo, apenas logra vencer gravedad, más notable a nivel proximal y de extensores.

Le mandan hacer estudios de BH, QS, LCR, EGO, y por su sintomatología presente le detectan Polineuropatía de tipo Guillain Barré, la cual se le dá un tratamiento médico : reposo absoluto, dieta normal más abundantes líquidos, Dexametazona 8 mg c/8 horas, tagament 300 mg c/6 horas, neomelubrina 1/12 hrs.

La paciente fue mejorando poco a poco, asistía dos horas en la mañana a la terapia de rehabilitación donde se le daban ejercicios de movilización en miembros superiores e inferiores en todos sus arcos, hidroterapia en tina de Hubbard 38°C. por 25 minutos, mesa de estabilidad a 60 por 20 minutos.

La paciente fue recuperando poco a poco su fuerza muscular, se vigilaba su estado de conciencia reflejo pupilar, actividad motora, se le proporcionaba terapia ocupacional y a la vez se le favorece con ésta los movimientos finos.

La paciente evoluciona satisfactoriamente sin complicaciones por lo que es dada de alta por mejoría el día 13 de marzo de 1987, pero seguirá asistiendo a la terapia de rehabilitación 3 veces a la semana, ya que para recuperarse totalmente de este padecimiento se requiere de mucho tiempo. La paciente ya se encuentra más tranquila y sus familiares la ayudan a adaptarse al medio ambiente en que vive.

Se le dá orientación a la paciente y familiares de como realizar los ejercicios en su hogar y que trate de lle

var una dieta balanceada más abundantes líquidos, ya que es importante para lograr una recuperación completa.

La atención de enfermería es importante en este padecimiento ya que ella contribuye al mejoramiento del paciente.

La enfermera está a cargo del paciente las 24 horas del día y ella observa como evoluciona cada día.

C O N C L U S I O N E S

El tratamiento que se le dió tanto farmacológico como de rehabilitación fue satisfactorio, ya que se observó en el paciente una recuperación parcial, puesto que en este tipo de padecimiento la recuperación total es tardía. El paciente fue dado de alta por mejoría pero siguiendo su terapia de rehabilitación.

La asistencia de enfermería que se le brindó al paciente fue el adecuado, puesto que esto contribuyó al mejoramiento del padecimiento.

La paciente no presentó ninguna complicación, como consecuencia del padecimiento.

B I B L I O G R A F I A

ARANOVICH, JULIO.

Neurología. 2a.ed., Edit. Ate-
neo, Argentina 1980, pp.405-
406.

BRAINIS.

Clinical Neurology. Revised by
Roger Bannister., Fourth edi-
tion, Press New York Delhi :
1978. 313 pp.

BRUNER SHOLTS LILIAN, SU-
DDORTH S. DORIS et.al.

Manual de la Enfermera, 3a.ed.
Edit. Mediterraneo,S.A., Méxi-
co, 61-74 pp.

CAMBIER J.M. MASSON. H.DEHEN

Manual de Neurología.3a.ed.,
Edit. Masson, Barcelona 1983,
229-231 pp.

CECIL - LOEB et.al.

Tratado de Medicina Interna.
9a.ed., Edit. Interamericana,
México 1980. 920-930 pp.

FRANCONE, JACOB

Anatomía y Fisiología Humana.
3a. ed., Edit. Interamericana,
México 1981, 215-288 pp.

GONZALEZ SALDAÑA, NAPOLES et.al Infectología Clínica. Edit.

Trillas, México 1984.

HAMONET et: HEULEV

Manual de Rehabilitación. 2a. ed., Edit. Toray-Masson. Barcelona 1982, 40-46 pp.

HOUSTON MERRITT, M.D.

A Textbook of Neurology. 5a.ed.
Lea Febiger, Philadelphia E.U.
A. 1977, 641-645 pp.

HOWARD A. RUSK

Medicina de Rehabilitación.
Edit. Interamericana, México
1970, 91-146 pp.

HUASCAR, TABORGA.

Como hacer una Tesis. 3a.ed.,
Edit. Grijalba, Barcelona -
México 1982,

JESUS KUMATE et.al

Ediciones Médicas del Hosp. Inf. de México. 1978. 186-194 pp.

JOSE NAVA SEGURA.

Neurología Clínica. 3a.ed.,
Edit. Impresiones Moderna 1981
68-69 pp.

LILIAN SHATIS BRUNNER. et.al

Manual de Enfermería Quirúrgica. 4a.ed., Edit. Interamericana. México 1984.

LORD RUSSEL BRAIN

Neurología Clínica. 3a. ed.,
Edit. Marín, México 1982.

El Manual de Merck de Diagnóstico y Terapéutica. 6a.ed.,
Merck Sharp Doheme International, E.U.A. 1981. 1590-1591 pp'

ROHWEDER NORDNAR.

Bases Científicas de la Enfermería. 2a. ed., Edit. La Prensa Médica, México 1983. 424 pp.

N. ROPER - W.W. LOGAN et.al

Proceso Atención de Enfermería
Edit. Interamericana, México
1984.

RUY PEREZ TAMAYO et.al

Inmunopatología. Ed. La Prensa Médica Mexicana, México 1970.

ROZMAN FARRERA et.al

Medicina Interna. 9a.ed., Edit Marín, México 1980, 135-136 pp.

SAUL KRUGMAN et.al

Enfermedades Infecciosas. 6a. ed., Edit. Interamericana, México 1980. 391-395 pp.

WATSON JANNETTE et.al

Enfermería Médico Quirúrgica, Edit. Interamericana, México 1983. 856 pp.

WILLIAM C. SHOEMAKER et.al

Tratado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Edit. Panamericana, México 1985. 1211 pp.