
INTRODUCCION

En el año de 1859, Landry describió por primera vez en detalle la enfermedad en un usuario de 43 años, caracterizada por debilidad simétrica de las cuatro extremidades, músculos intercostales, diafragma y músculos del tronco y del cuello, ausencia de reflejos tendinosos, pérdida sensorial acral y parestesia. La debilidad, sin embargo, progresó rápidamente siendo más pronunciada en regiones distales de las extremidades, hasta llevar a la muerte al usuario por insuficiencia respiratoria en diez días. En el mismo reporte describió las características similares de nueve casos más, de los cuales fallecieron dos, pero el resto mostró una recuperación variable en tiempo, la cual sucedió en orden inverso.

Landry postuló que la enfermedad a la cual llamó parálisis ascendente aguda “seguía a otra enfermedad, que era una enfermedad grave y recalcó el pronóstico incierto en un caso dado”.

Durante los siguientes años se sucedieron numerosos reportes similares. En 1925 los colaboradores de Guillain- Barré reportaron dos casos más.

En este artículo como en prácticamente todos los demás que lo siguieron, el nombre de Strohl, uno de los coautores originales fue omitido y no fue hasta que Everts en 1956 y Gres en 1962, reenfatizaron la colaboración Destrohl, Draganesco y Claudian en 1927 quienes fueron los primeros en utilizar el epónimo de Guillain – Barré.

Alrededor de 1932 el síndrome estaba bien caracterizado y en 1936 Guillain publicó una serie de 10 casos mas con revisión de la literatura. A diferencia de Landry, Guillain opinaba que la enfermedad era causada por un virus, por lo que sugería el uso intravenoso de solucilato de sodio, quinina, metenamina o plata coloidal, y que los arsenicales estaban por lo tanto contraindicados.

Por lo antes mencionado el Síndrome de Guillain – Barré como su nombre lo indica, se describe como una gama de signos y síntomas que

en ocasiones dificulta el diagnóstico; este concepto debe manejarse para aquellos casos en quienes no encuentren algún tipo de agente causal que origine el cuadro englobándose entonces con el término de **Polirradiculoneuritis Idiopática Aguda.**

Este síndrome es la consecuencia de un proceso desmielinizante segmentario de los nervios espinales y algunos pares craneales que se expresa clínicamente por parálisis flácida, simétrica, ascendente acompañándose de trastornos sensoriales.

Se desconoce la etiología, si bien, se asocia con infecciones virales, tiende a considerarse resultado de un proceso autoinmune cuyo origen de choque es la vaina mielínica de los nervios. Se acompaña con frecuencia de disociación de albúmino – citológica en el líquido cefalorraquídeo (LCF), con elevación de las proteínas sin pleocitosis, siendo reversible en la mayoría de los casos los síntomas mencionados. Por otra parte se presentan además disminución de la conducción nerviosa.

El presente trabajo constituye un proceso de Atención de Enfermería realizado a un usuario que ingresa a la institución de salud H.I.E.S. (Hospital Infantil del Estado de Sonora) de la localidad, con diagnóstico de Guillain – Barré., Incluyéndose además la Historia Natural de la Enfermedad y los Niveles de Prevención, considerándose como punto de partida para planear la atención de enfermería ofrecida al usuario. Por último se presentan anexos como visita domiciliaria, Guía de valoración etc.