

CASO CLÍNICO

Guillain-Barré en un enfermo trasplantado

Rosana Mateos Hernández, Sara Matías González, Ana Porras Porras, Cristina Mateos Hernández, Sebastiana Martín Notario

Servicio Nefrología.
Hospital Clínico Universitario.
Salamanca

INTRODUCCIÓN

La aparición de este caso del Síndrome de Guillain-Barré (GBS) en la unidad de Nefrología del Hospital Clínico Universitario de Salamanca, nos ha motivado a realizar este estudio, ya que teníamos una escasa información sobre este síndrome y el paciente presentaba además otras complicaciones clínicas como la inmunosupresión post-trasplante y alteraciones genéticas, que convirtieron el síndrome en algo definitivo.

Este síndrome neurológico se manifiesta con impotencia funcional y progresiva debilidad muscular. Nadie conoce aún por qué el GBS afecta a algunas personas y a otras no, ni nadie sabe qué es lo que desencadena exactamente esta enfermedad.

En este caso clínico presentamos a un varón de 43 años nefrópata que acudió al servicio de Urgencias por presentar dolor en cintura pelviana y EEII con calambres frecuentes. Tras descartar una posible rabdomiolisis por sobreesfuerzo físico se sospechó por la sintomatología, que podría tratarse de un síndrome del Guillain-Barré.

El GBS o *polineuropatía desmielinizante idiopática inflamatoria aguda* es un trastorno en el que el sistema inmunológico ataca a parte del sistema nervioso periférico. Caracterizado por una progresiva debilidad y arreflexia del músculo, con remisión espontánea generalmente.

El GBS suele ocurrir unos cuantos días o una semana después de que el paciente haya tenido sínto-

mas de una infección viral respiratoria o gastrointestinal. Ocasionalmente una cirugía o una vacuna pueden desencadenar el síndrome, así como algunos procesos infecciosos sistémicos como el Epstein Barr, citomegalovirus, campilobacterias y recientemente el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

En el GBS el sistema inmunológico comienza a destruir la cobertura de mielina que rodea a los axones de muchos nervios periféricos, o incluso a los propios axones. Los nervios no pueden transmitir señales con eficiencia, por ello, los músculos comienzan a perder su capacidad de responder a los mandatos del cerebro. Debido a que las señales que van hacia y vienen desde los brazos y las piernas han de recorrer largas distancias, son las más vulnerables a interrupción, por tanto las debilidades musculares y las sensaciones de cosquilleo aparecen inicialmente en las manos y en los pies y progresan hacia arriba.

Esta patología se puede presentar de una forma aguda, recurrente o crónica. Algunas personas tienen un único brote que dura varios meses, o incluso varios años, después del cual tienen una recuperación espontánea. Otros padecen varios brotes entre los que se dan recuperaciones o remisiones espontáneas.

Sin embargo, algunos enfermos quedan severamente afectados e incapacitados y puede que dependan de una silla de ruedas o estar, incluso, encamados. Sólo hay un pequeño grupo de desafortunados en los que la patología continua progresando sin remisión.

DIAGNÓSTICO

Los criterios esenciales para un diagnóstico positivo de GBS se basan en las manifestaciones clínicas como la debilidad progresiva y la pérdida de reflejos. Las pruebas diagnósticas que confirman el diagnóstico son:

CORRESPONDENCIA:

Rosana Mateos Hernández
C/Zamora 14, 2º. 37002 Salamanca
email: rosanamateos80@hotmail.com

- Punción lumbar: aumento proteínas en el LCR
- Electromiograma (EMG): test de conducción nerviosa.
- Resonancia magnética
- Biopsia nerviosa

TRATAMIENTO

Debido al escaso número de pacientes y a que la mayoría de los métodos de tratamiento son nuevos, existe escasa evidencia de la relativa eficacia de los distintos tratamientos.

- Corticoesteroides: *prednisona*
- Inmunosupresores: *azatioprina*, *ciclofosfamida* y *ciclosporina*.
- Plasmaféresis: el proceso se repite varias veces durante 2 semanas y en cada sesión se intercambian 2-3 litros de plasma.
- Inmunoglobulina Intravenosa: basada en la administración de anti-autoanticuerpos.
- Fisioterapia: juega un papel importante para maximizar el potencial físico del paciente, principalmente cuando la debilidad es el problema predominante.

Ante esta situación decidimos elaborar un plan de cuidados adaptado a las necesidades del paciente con Guillain-Barré, desde el que poder mejorar la calidad de asistencia y proporcionar orientación a los profesionales, ya que el relativo desconocimiento de esta patología genera en el personal de enfermería una sensación de impotencia e inseguridad que se transmite en la falta de información del paciente y sus cuidadores. Disminuyendo esto favorecemos la participación activa del enfermo en sus propios cuidados.

Con este trabajo queremos también poner de manifiesto la importancia que tiene ese papel de la enfermería que nos da la identidad, es decir, cuidar y todo lo que esto implica: cercanía, empatía, comprensión y valores humanos.

CASO CLÍNICO

Paciente con antecedentes de espina bífida, meningocèle intervenido a los 2 años de edad e incontinencia urinaria desde siempre.

A los 19 años se le diagnostica una insuficiencia renal crónica (IRC) terminal de etiología pielonefítica y condicionada por infecciones urinarias de repetición. Encontrándose psíquicamente estable, se decide incluirle en el programa de Hemodiálisis periódica.

En su historia clínica se reflejan además complicaciones como polineuropatía urémica, shock séptico y 2 traqueotomías por edema laríngeo, una de ellas tras la realización de una paratiroidectomía.

En algún momento de los múltiples tratamientos a los que fue sometido a lo largo de su vida, contrajo una Hepatitis C, enfermedad entonces desconocida.

En el año 1993, ante la posibilidad de llevar a cabo un trasplante renal, se le realiza un Bricker asegurando la permeabilidad de las vías urinarias. En este mismo año se le implanta el injerto, siendo bien tolerado por el paciente.

PRIMERAS MANIFESTACIONES

Tras realizar un crucero, el paciente acude a urgencias por presentar los siguientes síntomas:

- dolor en cintura pelviana y EEII
- calambres frecuentes
- sensación febril, aunque temperatura termometrada normal

El dolor progresaba en intensidad impidiendo mantener la bipedestación por lo que ingresó en la Unidad de Nefrología.

EVOLUCIÓN

Dolores en progreso que no remiten con analgesia, siendo más intensos en la extremidad inferior derecha.

- Parálisis facial izquierda periférica que afecta al ojo izquierdo
- Tetraparesia con mayor afectación de EEII
- Leucopenia
- Estado febril: *Streptococcus mitis* aislado en hemocultivo y *E.coli* en orina

COMPLICACIONES

- Estreñimiento, alucinaciones visuales e intranquilidad nocturna debido a los efectos de la morfina.
- Hematoma postraumático en glúteo derecho tras caerse de la cama
- Anemia aguda consecuencia del traumatismo
- Dolor de estómago y vómitos en poso de café debido a una lesión esofágica provocada por los medicamentos y probablemente potenciada por el estrés.

Ante esta situación clínica se establece el **plan de cuidados** que se presenta a continuación:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

PROBLEMAS DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
CUIDADOS MÚSCULO - ESQUELÉTICOS			
<p>Deterioro de movilidad física r/c trastornos neurológicos: El paciente presenta una obsesión continua por el autocuidado físico debido a que es una persona muy activa y realiza numerosos deportes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar en la medida de lo posible la coordinación de sus movimientos • Evitar complicaciones • Controlar evolución 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios posturales frec. • Protección de zonas predispuestas a ulcerarse • Fisioterapia • Evaluación neurológica diaria de las extremidades 	<p>Apenas se consigue mejorar el problema y el deterioro físico avanza, aunque aumenta la comodidad y adaptación del paciente llevando un buen control de la evolución y evitando complicaciones.</p>
CUIDADOS ANTE EL DOLOR			
<p>Dolor: El paciente refiere dolor de forma habitual, sobre todo en la EEII derecha.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar su tolerancia al dolor 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios posturales, fisioterapia, colocación de almohadas • Apoyo, refuerzos positivos • Se intenta distraer al paciente para que aumente la tolerancia al dolor • Administración de morfina según prescripción médica 	<p>A medida que se va sintiendo más comprendido y apoyado conseguimos que tolere mejor el dolor y piense en otras cosas. Como consecuencia de la administración de la morfina, el paciente se muestra hiperactivo y presente estreñimiento y sequedad de boca</p>
CUIDADOS PSIQUIÁTRICOS			
<p>Ansiedad r/c afrontamiento individual inefectivo: El paciente no asume la enfermedad por el deterioro progresivo y el carácter incapacitante de la misma. Debido a esto manifiesta aprensión, desamparo, nerviosismo, temor, desesperación, irritabilidad, tensión, llanto y actitud crítica hacia los demás</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a asumir su enfermedad • Proporcionarle seguridad y bienestar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relación de confianza, cercanía • Comunicar comprensión • Apoyar mecanismos de adaptación • Crear ambiente tranquilo 	<p>La relación de cercanía con el personal de enfermería es una pieza clave para su adaptación, y así se demuestra con los resultados obtenidos.</p>

CUIDADOS RESPIRATORIOS

Deterioro progresivo de la función respiratoria r/c la pérdida del tono muscular.

- Mejorar función respiratoria
- Evitar infecciones y acumulo de secreciones.
- Fisioterapia respiratoria
- Cambios posturales
- Hidratación adecuada
- Oxigenoterapia prescrita

El empeoramiento progresivo y rápido de esta función se ve acentuado por la ascendente parálisis muscular del síndrome que finalmente le provocará la muerte por una parada cardio-respiratoria

CUIDADOS DIGESTIVOS

Alteración de la nutrición por defecto r/c el deterioro de la deglución.

- Proporcionarle un aporte nutricional adecuado y bien tolerado
- Dieta blanda, evitando exceso de verduras, que toleraba mal porque refería producirle gases.
- La dieta se refuerza con nutrición parenteral

Teniendo siempre en cuenta sus gustos y apetencias, conseguimos que su aporte nutricional sea más adecuado. Sin embargo, a medida que avanza la enfermedad, se va afectando más la deglución y en la última etapa del síndrome hay que recurrir a la SNG

Estreñimiento r/c el tratamiento médico

- Mejorar la eliminación y el tránsito intestinal
- Aporte abundante de líquidos
- Variación del tratamiento farmacológico según orden médica.

Una vez modificada la dosis de morfina se soluciona este problema eventual.

CUIDADOS HEMATOLÓGICOS

Anemia r/c hematoma en glúteo derecho provocado por una caída

- Facilitar reabsorción del hematoma
- Aumentar aporte de líquidos
- Vendaje compresivo
- Pomadas heparinoides
- Transfusiones según prescripción médica

Con los cuidados de enfermería se acelera la reabsorción del hematoma y disminuye la anemia

CUIDADOS CUTÁNEO - MUCOSOS

Afectación de la integridad mucosa r/c la presencia del estoma urinario: Presenta una incapacidad para mantener en su sitio el dispositivo colector debido a la ulceración que existe en la zona de adhesión del disco.

- Disminuir ulceración de la zona prevenir infecciones potenciales
- Cura diaria

Con las curas conseguimos disminuir la ulceración y así mejora la adhesión del dispositivo colector. No aparecen nuevas infecciones

Alteración de mucosa conjuntival por parálisis facial

- Disminuir sequedad
- Lágrimas artificiales
- Apósito

A pesar de las curas, la sequedad persiste debido a la parálisis facial.

<p>Alteración del estado de la mucosa labial r/c los efectos de la morfina: Presencia de grietas y fisuras por la sequedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suavizarle y refrescarle la boca 	<ul style="list-style-type: none"> • Protectores labiales • Hidratación adecuada 	<p>Siente la boca más fresca. Cuando se modifica la dosis de morfina por orden médica debido a este y otros efectos secundarios, la sequedad disminuye notablemente</p>
CUIDADOS INMUNITARIOS			
<p>Inmunodeficiencia r/c tto inmunosupresor post-trasplante</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar sistema inmunitario • Prevenir infecciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento invertido del paciente • Toma de muestras para cultivos de forma periódica • Dieta nutritiva y energética que mejore defensas • Control de signos y síntomas que evidencien la existencia de una infección 	<p>La alimentación, el aislamiento y el control periódico evitan la aparición de nuevas infecciones.</p>
<p>Hipertemia r/c la inmunosupresión: Se aísla <i>Escherichia coli</i> en cultivo de orina y el <i>Streptococcus mitis</i> en hemocultivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Control de la temperatura corporal • Mantener en equilibrio hidroelectrolítico y evitar deshidratación 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización de medios físicos • Ingesta de líquidos adecuada • Extrema higiene de los genitales • Antibióticos según prescripción médica 	<p>Se consigue un control bastante constante de su temperatura corporal.</p>
CUIDADOS HEPATOBILIARES			
<p>Alto riesgo de transmisión de Hepatitis C activa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir contagios 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado en el manejo del material utilizado 	<p>No se produce ningún caso de contagio.</p>

CONCLUSIONES

Debido al carácter degenerativo de la enfermedad y a su progresiva evolución, los cuidados de enfermería y el apoyo psicológico han supuesto un factor de extrema importancia para aumentar la calidad de vida de este enfermo.

Un enfermo con un seguimiento clínico que comienza a los 17 años hace que sea inevitable estrechar lazos personales y establecer relaciones de confianza, que más tarde, se han transformado en la base del principal apoyo que puede recibir una persona en estas condiciones, es decir, cuidados humanos y refuerzos personales que le hagan sentir que todavía sigue vivo.

Casos como este ponen de manifiesto un papel de enfermería fundamental pero tan poco reconocido que se está transformando en prescindible. Lo que realmente hace que una persona se sienta apoyada en esos momentos es tener a alguien que se ponga a su nivel y que viva con vocación todo lo que hace por el otro; con eso, que es lo que verdaderamente merece la pena, se corre el riesgo de que después haya caras que no puedas olvidar y huecos que no puedas cubrir, pero si no ¿qué es vivir?

BIBLIOGRAFÍA

1. Carpenito L.J. Planes de cuidados y documentación en enfermería. Madrid. Mc Graw-Hill Interamericana. 5ª edición 1995.
2. Stein J.H. Medicina interna. Salvat. Barcelona 1985.
3. Ann MH. Molecular mimicry in Guillain-Barré syndrome. N Y Acad Sci 1998.
4. Hartung HP, Pollard JD, Harvey GK, Toika KV: Inmunopathogenesis and treatment of the Guillain-Barré syndrome. Part I. Muscle and Nerve Part II. Muscle and Nerve 1995;18:154-164.
5. Van der Merché, Van Doorn PA: Guillain-Barré and chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. In: Immune mechanism and update on current therapies. Ann Neurol 1995;37:14-31.
6. Hahn AF: Guillain-Barré syndrome. Lancet 1998; 352:635-41.
7. Ashbury AK, Comblath DR: Assessment of current diagnostic criteria for Guillain-Barré syndrome. Ann Neurol 1990;27:21- 24.

AGRADECIMIENTOS

La realización de este trabajo no habría sido posible sin el apoyo incondicional de "Marisa" (M^a Luisa Chico Saldaña, la supervisora de Nefrología del H.C.U. de Salamanca), que tanto nos ha animado a sacar esto adelante, al igual que a todo el equipo del servicio de ese hospital.

Muchas gracias también a Miriam, amiga de Paco, el paciente cuyo caso hemos presentado y paciente nefrológica del hospital, por enseñarnos a ver lo que a veces se nos escapa.