

REPORTE DE CASO

Síndrome de Guillain-Barré asociado a infección por SARS-CoV-2 en un niño. Reporte de un caso

[Guillain-Barré syndrome associated with SARS-CoV-2 infection in a child. A case report]

Mara López^{1*}, Judith Frydman¹

Recibido: 27 diciembre 2021. Aceptado: 15 abril 2022.

Resumen

Introducción: La bibliografía ha reportado una estrecha vinculación entre el virus SARS-CoV-2 y las complicaciones neurológicas que afectan al sistema nervioso. El objetivo de este trabajo es describir la evolución y tratamiento de un niño con Síndrome de Guillain-Barré, asociada a infección por SARS-CoV-2, con requerimiento de traqueostomía, en su aspecto motor, deglutorio y respiratorio.

Presentación del caso: Niño de 2 años con diagnóstico presuntivo de Síndrome de Guillain-Barré. Como antecedentes, presentó disminución progresiva de la fuerza muscular asociada a dificultad respiratoria, requerimiento de intubación orotraqueal, asistencia ventilatoria mecánica y traqueostomía. Luego de 56 días de implementación del plan de destete, logró la desvinculación de la asistencia ventilatoria mecánica y 7 días más tarde la decanulación. Requirió 68 días de soporte ventilatorio. Se realizó intervención kinésica desde el inicio. Al momento del alta, el paciente lograba sedestación independiente y bipedestación con apoyo, con debilidad distal de miembros superiores e inferiores.

Conclusión: Se describió la evolución de un paciente con Síndrome de Guillain-Barré y asociación con infección por SARS-CoV-2, con afectación motora, requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica y traqueostomía. Fue dado de alta alcanzando la desvinculación del soporte ventilatorio, decanulación, alimentación oral y persistencia de déficit motor distal.

Palabras clave: síndrome de Guillain-Barré, COVID-19, pediatría, traqueostomía, rehabilitación, SARS-CoV-2.

* Correspondencia: ionmara1@hotmail.com

¹ Hospital Central de Pediatría. Malvinas Argentinas. Buenos Aires. Argentina.

Fuentes de financiamiento: Las autoras declaran no tener ninguna afiliación financiera ni participación en ninguna organización comercial que tenga un interés financiero directo en cualquier asunto incluido en este manuscrito.

Conflicto de intereses: Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Abstract

Introduction: A close relation between the SARS-CoV-2 and neurological complications has been reported in the literature. The study aims to describe the progress and treatment of the motor, swallowing, and respiratory functions of a child with Guillain-Barré syndrome related to SARS-CoV-2 infection and a tracheostomy.

Case presentation: A 2-year-old male patient was presumptively diagnosed with Guillain-Barré syndrome. He had a progressive decrease in muscle strength, associated with respiratory distress, and required endotracheal intubation, mechanical ventilation, and tracheostomy. Fifty-six days after initiating weaning, he was successfully weaned from mechanical ventilation, and 7 days later, he was decannulated. He required a total of 68 days of mechanical ventilation and received physical therapy from the beginning. At discharge, the patient was able to sit independently and stand with support, while he continued to have distal upper and lower limb weakness.

Conclusion: This study described the progress of a patient with Guillain-Barré syndrome and its association with SARS-CoV-2 infection. He had motor impairment and required mechanical ventilation and tracheostomy. At hospital discharge, he achieved weaning from ventilatory support, decannulation, and oral feeding, but continued to exhibit distal motor deficits.

Keywords: Guillain-Barré syndrome, COVID-19, pediatrics, tracheostomy, rehabilitation, SARS-CoV-2.

Introducción

En diciembre de 2019 un nuevo virus, posteriormente denominado síndrome respiratorio agudo severo por coronavirus 2 (SARS-CoV-2), fue identificado como el responsable de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). Afecta en forma diferente a la población pediátrica y adulta, y su expresión clínica suele ser más leve en niños.^{1,2} Una revisión sistemática informó que los síntomas más comunes en niños son la fiebre, tos, faringitis, rinorrea y manifestaciones gastrointestinales.³ Los casos de enfermedad grave parecen estar relacionados con una respuesta inflamatoria inmunomediada.^{2,4}

Se ha reportado una estrecha vinculación entre el virus SARS-CoV-2 y las complicaciones neurológicas que afectan al sistema nervioso central. Asimismo, se lo vincula a manifestaciones en el sistema nervioso periférico, como el síndrome de Guillain-Barré (SGB). El término “neuro-COVID” se utiliza para describir estas complicaciones.¹⁻⁶

El SGB es una polineuropatía inmunomediada, desencadenada principalmente por infecciones respiratorias o gastrointestinales, que pueden darse hasta 4 semanas previo al inicio de la enfermedad. Se caracteriza por una parálisis flácida, arrefléxica y aguda. La recuperación es tan rápida como ocurra la remielinización. Si la degeneración axonal es importante, la recuperación es más lenta y existe mayor grado de daño residual.⁷⁻⁹

Hasta el momento, la evidencia científica publicada informó 6 reportes de casos asociando SGB con infección por SARS-CoV-2 en pediatría.¹⁰⁻¹⁵

El objetivo de este trabajo es describir la evolución y tratamiento kinésico implementado en un niño con SGB asociado a infección por SARS-CoV-2, con afectación de músculos respiratorios, durante su internación en una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP).

Presentación del caso

Niño de 2 años de edad, previamente sano, que el día 23 de abril de 2021 ingresó a la UCIP del Hospital Pediátrico de Malvinas Argentinas, derivado de otro hospital, con diagnóstico presuntivo de SGB. Presentaba un hisopado negativo para SARS-CoV-2.

El cuadro había comenzado el 11 de abril con disminución progresiva de la fuerza muscular, evolucionando desfavorablemente con parálisis flácida generalizada asociada a dificultad respiratoria. Por deterioro del cuadro, el 14 de abril se procedió a intubación orotraqueal (IOT) y asistencia ventilatoria mecánica (AVM). Se realizó una tomografía axial computada, informada como normal. Por sospecha de SGB, comenzó tratamiento con inmunoglobulina y pulsos de corticoides. Fue derivado a nuestro hospital por requerimiento de mayor complejidad.

Al ingreso a la UCIP, el niño presentaba apertura ocular espontánea y se encontraba conectado con el medio. Se verificó parálisis flácida generalizada y valoración de la fuerza muscular con puntuación en la escala *Medical Research Council* (MRC) de 0/5 para miembros superiores (MS) y miembros inferiores (MI), reflejos os-

teotendinosos abolidos, reflejos cremasteriano y musculocutáneo ausentes.¹⁶ Se encontraba conectado a AVM y alimentado por sonda nasogástrica.

El 26 de abril se realizó resonancia magnética nuclear cerebral y de columna. Se observó hiperintensidad de la sustancia blanca subcortical occipital, por falta de mielinización completa, acorde a la edad. El 27 de abril se realizó electromiografía, con hallazgos compatibles con SGB, con características predominantes de daño axonal. Recibió nuevamente pasaje de inmunoglobulina y posteriormente metilprednisolona por 5 días. Al séptimo día posterior al pasaje de inmunoglobulina, se observaron movimientos proximales en ambas cinturas escapulares (MRC 2/5).

En una anamnesis posterior, los padres refirieron que el niño había estado al cuidado de familiares con infección por SARS-CoV-2. Por tal motivo, al día siguiente se realizó serología, la cual reveló anticuerpos IGG e IGM positivos para SARS-CoV-2. Además, se realizó muestra de secreciones nasofaríngeas, que revelaron la presencia de adenovirus en el panel viral. Posteriormente, se realizó estudio de anticuerpos antigangliósidos, que reveló GT1a y GQ1b positivo, característico del síndrome de Miller-Fisher, variante poco frecuente de SGB. En este caso no se pudo constatar en el inicio de la enfermedad la tríada clínica que caracteriza a este síndrome (oftalmoparesia, hipo-arreflexia y ataxia), dado que el niño se encontraba en otra institución, y los datos no fueron informados en la epicrisis.^{17,18}

Plan de tratamiento

El paciente fue atendido diariamente por el equipo de guardia de kinesiología de la UCIP, que consiste en un kinesiólogo/a permanente exclusivo del servicio los 7 días de la semana, de 8 a 20 horas.

Como objetivo general de tratamiento se planteó lograr la supervivencia del paciente evitando las complicaciones derivadas de la parálisis consiguiendo el mayor grado de recuperación funcional esperado para la edad y la evolución de la enfermedad.

Se tomó como guía el *bundle* o conjunto de medidas ABCDEFGH para definir los objetivos específicos. Los componentes incluidos fueron: evaluación, prevención y manejo del dolor; despertar y pruebas de respiración espontánea; elección de sedación/analgesia; evaluación, prevención y tratamiento del delirio; movilidad y ejercicio tempranos; participación y empoderamiento de la familia; nutrición y humanización.¹⁹⁻²²

La línea de tiempo esquematiza los sucesos más relevantes durante la internación (Figura).

En la Tabla se puede observar la evaluación kinésica a los 15 días, 45 días, 60 días y 80 días de tratamiento.

Aspecto respiratorio

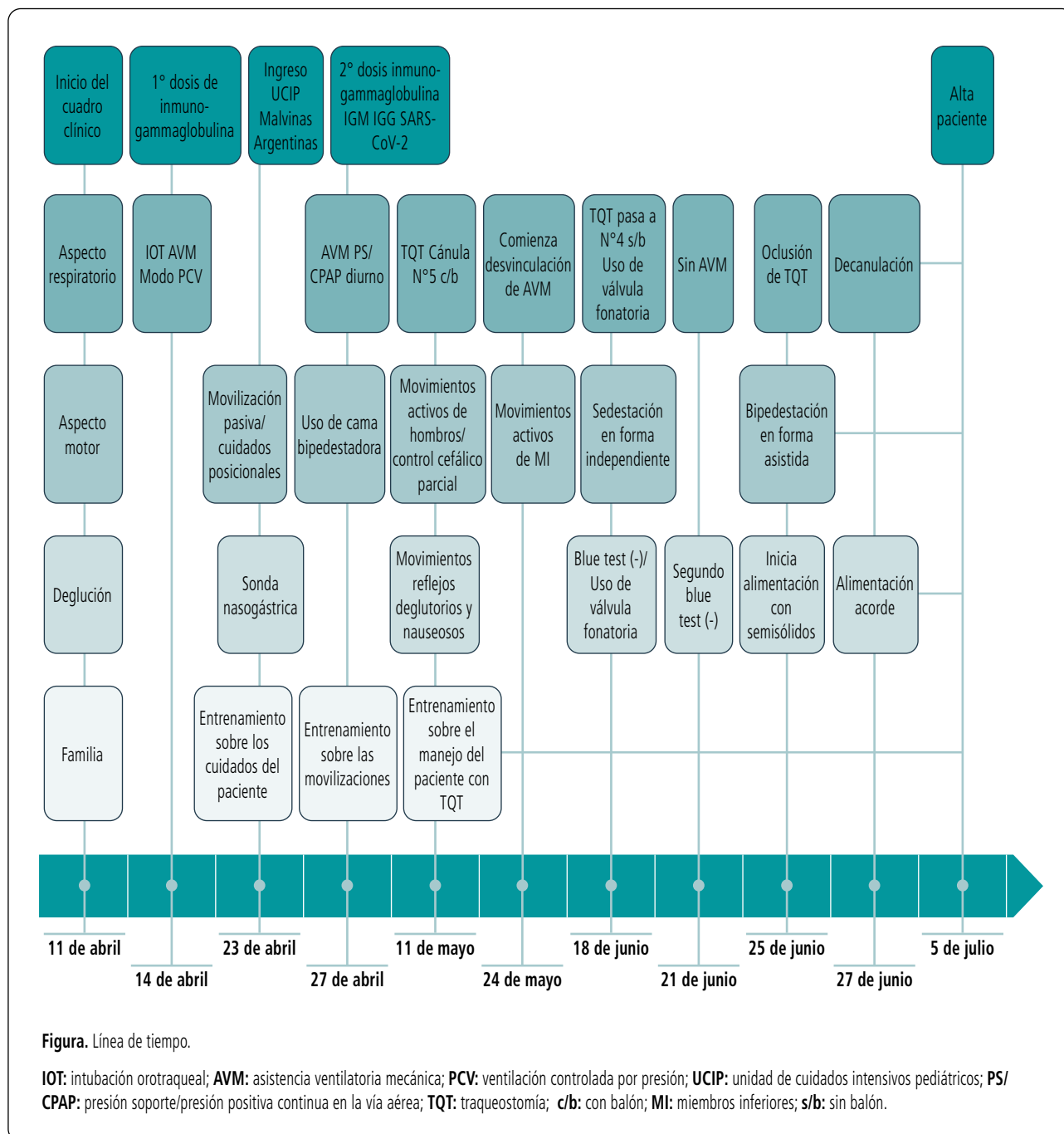
Al ingreso, el niño se encontraba en AVM, modalidad controlada por presión. Permaneció con un nivel 0/1 de la escala de sedación-agitación de Richmond (RASS).²³ Se implementó la escala para valoración del dolor en cuidados críticos *Critical Care Pain Observation*

Tabla. Evaluación y reevaluación kinésica

Evaluación	Evaluación/escala	15 días de evolución de la enfermedad	45 días de evolución de la enfermedad	60 días de evolución de la enfermedad	80 días de evolución de la enfermedad	
Estado de conciencia	RASS	0-1	0	0	0	
Dolor	CPOT / FLACC	0	0	0	0	
Respiratorio	Pimáx	-4 cmH ₂ O	-25 cmH ₂ O	-30 cmH ₂ O	Vía aérea natural, sin posibilidad de ser evaluada por la edad del niño	
	Pemáx	5 cmH ₂ O	15 cmH ₂ O	20 cmH ₂ O		
		TET	TQT	TQT		
Deglución	Blue dye test			Negativo (1°) Negativo (2°) Negativo (3°)		
Motor	MRC	MS: 0/5	Ab de hombros 2/5 Flex codo 0/5 Ext muñeca 0/5	Ab de hombros 4/5 Flex codo 2/5 Ext muñeca 0/5	Ab de hombros 4/5 Flex codo 3/5 Ext muñeca 0/5	
		MI: 0/5	Flex cadera 0/5 Ext de rodilla 0/5 Dorsiflexión tobillo 0/5	Flex cadera 2/5 Ext de rodilla 0/5 Dorsiflexión tobillo 0/5	Flex cadera 4/5 Ext de rodilla 2/5 Dorsiflexión tobillo 0/5	
		Control cefálico	No logra	Parcial	Normal	Normal
		Sedestación	No logra	Asistida	Asistida	Normal
		Bipedestación sin equipamiento	No logra	No logra	No logra	Asistida

Alta: escala de estado funcional FSS= 8

RASS: escala de sedación-agitación de Richmond; CPOT: *Critical Care Pain Observation Tool*; FLACC: escala de dolor *Face, Leg, Activity, Cry, Consolability*; Pimáx: presión inspiratoria máxima; Pemáx: presión espiratoria máxima; TET: tubo endotraqueal; TQT: traqueostomía; MRC: *Medical Research Council*; MS: miembros superiores; Ab: abducción; Flex: flexión; Ext: extensión; MI: miembros inferiores; FSS: *Functional State Scale*.



T_{ool} (CPOT), obteniendo un valor de 0.²³ Se observó únicamente activación de músculos inspiratorios accesorios (escalenos e intercostales externos). La ecografía diafrágica realizada el 26 de abril reveló hipokinesia diafrágica bilateral con excursión del diafragma derecho de 5 mm e izquierdo de 8 mm. El 27 de abril, debido al estado de alerta y al *drive* central conservado, se decidió valorar tolerancia en modalidad espontánea diurna, con buena respuesta. Inicialmente, el niño re-

quirió presiones más elevadas para sostener un volumen corriente ideal. Estas presiones se fueron descendiendo progresivamente con la mejoría en la clínica. Debido a su debilidad muscular generalizada, a los 28 días de AVM se realizó traqueostomía (TQT) y se colocó cánula n.º 5 con balón.²⁴ Los padres fueron entrenados en el manejo de la TQT. Luego de alcanzar las 24 horas en modalidad espontánea (presión soporte/CPAP), el 24 de mayo, acompañado de la aparición de valores mus-

culares de tronco y MS, comenzó con la desvinculación de la presión positiva, realizando desconexiones progresivas a aire ambiente. El 31 de mayo se repitió ecografía diafragmática que informó excursión del diafragma derecho de 7 mm y 9 mm el izquierdo. El 15 de junio pasó a cánula N° 4 sin balón para aumentar el flujo pericánula y favorecer su pasaje hacia vía aérea superior, estimulando la musculatura laríngea y faríngea.²⁵⁻²⁶ Días más tarde comenzó el uso progresivo de válvula fonatoria durante las desconexiones. El 21 de junio logró permanecer 24 horas sin AVM. A los 56 días de entrenamiento consiguió la desvinculación completa. Luego de 7 días se realizó decanulación electiva. Requirió en total 68 días de AVM.

Evolución del cuadro motor

Recibió tratamiento kinésico motor desde su llegada. El mismo consistió en movilizaciones pasivas, cuidados posicionales, y bipedestación progresiva con camilla bipedestadora, la cual comenzó a utilizar a los 7 días de su ingreso, con una angulación inicial de 45°, durante períodos de 30 minutos, evaluando tolerancia según registros de tensión arterial y confort.

Se entrenó a los padres en el proceso de rehabilitación a través de las movilizaciones y cuidados posicionales. Una semana posterior a la aplicación de la segunda dosis de inmunoglobulina, a un mes de iniciado el cuadro, se observaron valores musculares a nivel proximal, que permitieron el control cefálico parcial y cierta actividad en músculos elevadores de hombros, que posibilitaron la sedestación asistida y la activación de grupos musculares de MS en actividades lúdicas. Asimismo, 20 días después de la segunda dosis de inmunoglobulina, aparecieron valores musculares en MI, siguiendo el mismo patrón de evolución de proximal a distal (Tabla).

Al alta hospitalaria, el niño lograba sedestación independiente y bipedestación sin equipamiento con apoyo anterior. Persistía debilidad distal de MS y MI, evaluada en forma analítica con la escala MRC.¹⁶ A nivel funcional se observaba dificultad para realizar movimientos de prensión y al intentar realizar un paso, no lograba aún flexión dorsal de tobillos con caída de antepie.

Deglución y fonación

Con estimulación orolingüofacial, el niño logró realizar sello labial y tragar la saliva. Se favorecieron las praxias linguales para mejorar la amplitud de movimiento y la fuerza para manejar el bolo alimenticio.

Luego del pasaje a una cánula de TQT n.º 4 sin balón, el 15 de junio, se utilizaron las ventajas de la ven-

tilación a fuga, y en la última etapa de la desvinculación de la AVM, comenzó con el uso de válvula fonatoria.²⁴

Se verificó que el niño presentara una función motora orofacial adecuada y las fases de la deglución se encontraran respetadas.²⁵ Se complementó la evaluación con dos pruebas de azul *Blue Dye Test* (BDT), las cuales fueron negativas. Una tercera prueba con alimento semisólido (yogurt teñido) también arrojó un resultado negativo.²⁷ Comenzó con alimentación oral progresiva y supervisada a partir del 25 de junio (Figura).

Asimismo, se valoró la eficacia de la protección de la vía aérea al momento de la decanulación (Tabla).

En la última etapa de su internación, el niño se alimentaba por vía oral con dieta acorde a la edad y se comunicaba en forma verbal con lenguaje apropiado.

Evaluación funcional

Al alta, se verificó valoración de la escala de estado funcional *Functional State Scale* (FSS) con una puntuación de 8.²⁸ Esta escala evalúa el estado funcional general de los pacientes pediátricos al alta de UCIP, y se compone de 6 dominios: estado mental, función sensorial, comunicación, función motora, alimentación y función respiratoria. El estado funcional para cada dominio se clasifica de normal (1) a disfunción grave (5). La puntuación de la escala oscila entre 6 y 30. Los puntajes de la FSS se clasifican: 6-7 normales; 8-9 disfunción leve; 10-15 disfunción moderada; 16-21 disfunción severa; y más de 21, disfunción muy severa.²⁸⁻³⁰ Dado que el paciente era sano previamente, su puntuación al ingreso fue de 6 puntos, ya que se valora el estado funcional previo a la enfermedad actual.

Discusión

Se expuso la evolución y tratamiento de un niño con diagnóstico de SGB asociado a infección por SARS-CoV-2. En el desarrollo de la enfermedad, no presentó antecedentes de infecciones respiratorias o gastrointestinales previas que pudieran haber desencadenado el SGB. El hallazgo de adenovirus en el panel viral aparenta no ser significativo por falta de sintomatología y por ser un virus que no se asocia a SGB en la literatura.⁷⁻⁹

Tanto en este caso como en los demás reportes de SGB pediátricos asociado a SARS-CoV-2 publicados, la enfermedad afectó al sistema respiratorio en forma indirecta por debilidad neuromuscular (falla de bomba) y no por lesión del tejido pulmonar.

De los 7 casos, incluido el nuestro, 3 requirieron IOT.¹⁰⁻¹⁵ Uno de ellos, se manifestó en un niño de 8 años como neuropatía axonal sensitiva motora aguda,

con debilidad ascendente progresiva y arreflexia, requiriendo IOT por debilidad generalizada y mal manejo de las secreciones.¹⁰ El mismo cursó 4 días con AVM y evolucionó favorablemente (no especifica su cuadro motor al alta). El otro caso refiere a un niño de 6 años, con un cuadro de debilidad progresiva simétrica de rápida progresión, que afectó a músculos respiratorios, con la variante de neuropatía axonal motora aguda. De tórpida evolución, requirió TQT y 60 días de internación. Al momento del alta continuaba con requerimiento de AVM, con valores musculares de MS y MI de MRC 2/5.¹⁶

En nuestro caso, dada la severidad del cuadro clínico con afección multisistémica, especialmente el sistema respiratorio que requirió soporte vital, se originó una estadía prolongada con mayor riesgo de morbilidad. Fue necesario abordar al paciente en forma integrada. La estrategia utilizada fue la rehabilitación temprana en el contexto de área crítica. Esta estrategia, acompañada de un conjunto de medidas basadas en la evidencia del *Bundle* ABCDEFGH, tiende a disminuir las enfermedades adquiridas en UCIP y la duración de la estadía.¹⁹⁻²³ Los datos disponibles acerca de la movilización temprana en UCIP indican que son actividades seguras y factibles para el niño críticamente enfermo y que pueden tener beneficios a corto y largo plazo.²⁸⁻³⁰

El paciente presentó al alta una puntuación de 8 en la escala FSS, 2 puntos por encima del valor normal (FSS normal = 6), que correspondían a un déficit en el aspecto motor, y egresó de la UCIP con una morbilidad en proceso.

Las enfermedades neurológicas asociadas con el SARS-CoV-2 en los niños están en desarrollo y existe escasez de información sobre las implicancias a largo plazo.^{3,5} Sería de relevancia considerar el seguimiento de los niños afectados.

Conclusión

Se describe la evolución de un paciente con SGB asociado a infección por SARS-CoV-2, con afectación motora severa, requerimiento de AVM y TQT. Fue dado de alta alcanzando la desvinculación del soporte ventilatorio, decanulación, alimentación oral y persistencia de déficit motor distal en los 4 miembros.

Agradecimientos

Al equipo de kinesiología del Hospital Central de Pediatría de Malvinas Argentinas, que participó en el procedimiento de recolección de datos y tratamiento del paciente. Sin dudas, no hay resultados sin trabajo en equipo.

Referencias

1. Kim Y, Walser SA, Asghar SJ, Jain R, Mainali G, Kumar A. A comprehensive review of the neurological manifestations of COVID-19 and the management of pre-existing neurological disorders in children. *J Child Neurol*. 2021;36(4):324-330.
2. Lin J, Asfour A, Sewell TB, Hooe B, Pryce P, Earley CH. Neurological issues in children with COVID-19. *Neuroscience Letters* [Internet]. 2020 [citado Diciembre 2020]. 2020;743:135567. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7831718/pdf/main.pdf>.
3. Siracusa L, Cascio A, Giordano S, Medaglia A, Restivo GA, Pirronel I, et al. Neurological complications in pediatric patients with SARS-CoV-2 infection: a systematic review of the literature. *Ital J Pediatr* [Internet]. 2021 [citado Junio 2021];47(1):123-4. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8170632/pdf/13052_2021_Article_1066.pdf.
4. Schober M, Pavia AT, Bohnsack JF. Neurological manifestations of COVID-19 in children: emerging pathophysiological insights. *Pediatr Crit Care Med* 2021;22(7):655-661.
5. Singer TG, Evankovich KD, Fisher K, Demmler-Harrison GJ, Risen SR. Coronavirus Infections in the Nervous System of Children: A Scoping Review Making the Case for Long-Term Neurodevelopmental Surveillance. *Pediatr Neurol*. 2021;117:47-63.
6. Shoraka S, Brito Ferreira M L, Reza Mohebbi S, Ghaemi A. SARS-CoV-2 infection and Guillain-Barré syndrome: a review of possible pathogenic mechanisms. *Front Immunol* [Internet]. 2021 [citado Mayo 2021]. 2021;12:674922. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8141918/pdf/fimmu-12-674922.pdf>.
7. Vucic S, Kiernan MC, Cornblath DR. Guillain-Barré syndrome: an update. *J Clin Neurosci*. 2009;16(6):733-41.
8. Pérez-Lledó EA, Díaz-Vico A, Gómez-Gosálvez FA. Síndrome de Guillain-Barré: presentación clínica y evolución en menores de 6 años de edad. *An Pediatr (Barc)*. 2012;76(2) 69-76.
9. Montaña-Lozada JM, Castillo-Tamara EE, Mendoza-Ospina MA, Zuñiga-Escobar G, Perez-Calvo C, Arrieta-Segura D, Jaramillo-Pérez C. Infección por Sars-Cov-2 y Síndrome de Guillain-Barré. *Archivos de Medicina*. 2021;17(4):1-6.
10. Curtis M, Bhumbra S, Felke M, Jordan B, Kim J, Weber M, et al. Guillain-Barré Syndrome in a Child With COVID-19 Infection. *Pediatrics* [Internet]. 2020 [citado Octubre 2020];147(4):e2020015115. Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/147/4/e2020015115/180802/Guillain-Barre-Syndrome-in-a-Child-With-COVID-19?redirectedFrom=fulltext>.
11. Khalifa M, Zakaria F, Ragab Y, Saad A, Bamaga A, Emad Y, et al. Guillain-Barré Syndrome Associated with Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Detection and Coronavirus Disease 2019 in a child. *J Pediatric Infect Dis Soc*. 2020;9(4): 510-513.
12. Akçay N, Emin Mementoğlu M, Bektaş G, Şevketoğlu E. Axonal Guillain-Barré syndrome associated with SARS-CoV-2 infection in a child. *J Med Virol*. 2021;1-4.
13. Michiles Frank CH, Rocha Almeida TV, Almeida Marques E, Sousa Monteiro Q, Silveira Feitoza PV, Silva Borba MG, et al. Guillain-Barré Syndrome associated with SARS-CoV-2

- infection in a pediatric patient. *Journal of Tropical Pediatrics*. 2020;0:1-6.
14. Tabatabaei SR, Shariatpanahi G, Azadkiya R, Karimzadeh P, Karimi A. Guillain-Barre Syndrome in a Child Infected with COVID-19. *Arch Pediatr Infect* [Internet]. 2021 [citado Mayo 2021];e113564. Disponible en: <https://brief.land/apid/articles/113564.html>.
 15. El Mezzouei S, Aftiss FS, Aabdi M, Bkiyar H, Housni B. Guillain Barre syndrome in post Covid-19 infection in children. *Ann Med Surg* [Internet]. 2021 [citado Junio 2021]; 67:102524. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8214813/pdf/main.pdf>.
 16. Vajsar J, Fehlings D, Stephens D. Long-term outcome in children with Guillain-Barré syndrome. *J Pediatr*. 2003;142(3):305-9.
 17. Puppo Castro CJ, Cardoso Enciso HR, Suárez Hortiales S, Velázquez Duran PX. Síndrome de Miller-Fisher asociado a postinfección por SARS-CoV-2 en un paciente pediátrico. *Rev Latin Infect Pediatr*. 2021;34(4):183-186.
 18. Amadi MA, Orlandi M, Pérez FE, Goldaracena PX, Brogiolo O, Almonacid García EY. Síndrome anti-GQ1b en un niño con síndrome de Miller-Fisher-Bickerstaff. *Arch Argent Pediatr*. 2020;118(3):e333-e337.
 19. Marra A, Ely W, Pandharipande P, Patel M. The ABCDEF Bundle in Critical Care. *Crit Care Clin*. 2017;33(2):225-243.
 20. Mart MF, Brummel NE, Ely EW. The ABCDEF Bundle for the Respiratory Therapist. *Respir Care*. 2019;64(12):1561-1573.
 21. Walz A, Orsi Canter M, Betters K. The ICU Liberation Bundle and Strategies for Implementation in Pediatrics. *Curr Pediatr Rep* [Internet]. 2020 [citado Mayo 2020];8:69-78. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7229434/pdf/40124_2020_Article_216.pdf.
 22. Choong K, Canci F, Clark H, Hopkins R, Kudchadkar S, Lati J, et al. Practical recommendations for early mobilization in critically ill children. *J Pediatr Intensive Care*. 2018;7(1):14-26.
 23. Mart M, Brummel N, Ely EW. The ABCDEF Bundle for the Respiratory Therapist. *Respir Care*. 2019;64(12):1561-1573.
 24. Watters KF. Tracheostomy in Infants and Children. *Respir Care*. 2017;62(6):799-825.
 25. Cuestas G, Rodríguez V, Bellia Munzón P, Bellia Munzón G. Decanulación traqueal en pediatría: ¿Cuándo y cómo? *Arch Argent Pediatr*. 2021;119(4):279-284.
 26. Prickett KK, Sobol SE. Inpatient Observation for Elective Decannulation of Pediatric Patients With Tracheostomy. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015;141(2):120-125.
 27. Streppel M, Veder LL, Pullens B, Joosten KFM. Swallowing problems in children with a tracheostomy tube. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2019;124:30-33.
 28. Pollack M, Holubkov R, Glass P, Dean M, Meert K, Zimmerman J, et al. The Functional Status Score (FSS): A New Pediatric Outcome Measure. *Pediatrics*. 2009;124(1):18-28.
 29. Piva T, Salatti Ferrari R, Wohlgemuth Schaan C. Early mobilization protocols for critically ill pediatric patients: systematic review. *Rev Bras Ter Intensiva*. [Internet]. 2019 [citado Junio 2019];31(2):248-257. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6649221/>.
 30. Pollack MM. Collaborative Pediatric Critical Care Research Network. National Institute for Child Health and Human Development (NICHD). Development of a Quantitative Functional Status Scale (FSS) for Pediatric Patients. CPCCRN Protocol Number 004. Version 1.01. [Internet]. 2006 [citado Junio 2021]. Disponible en: https://www.cpccrn.org/documents/PUD_FSS_protocol.pdf.



Argentinian Journal of Respiratory and Physical Therapy by AJRPT is licensed under a **Creative Commons Reconocimiento-Compartir Igual 4.0 Internacional License**. Creado a partir de la obra en www.ajrpt.com. Puede hallar permisos más allá de los concedidos con esta licencia en www.ajrpt.com

Citar este artículo como: López M, Frydman J. Síndrome de Guillain-Barré asociado a infección por SARS-CoV-2 en un niño. Reporte de un caso. *AJRPT*. 2022;4(2):42-48.

Participe en nuestra revista



Lo invitamos a visitar e interactuar a través de la página
www.ajrpt.com

Envíenos sus manuscritos