

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Práctica Clínica

Diagnóstico y tratamiento del
Síndrome de Guillain-Barré
En el segundo y tercer nivel de
Atención

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-089-08

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Guillain-Barré, en el Segundo y Tercer Nivel de Atención**, México: Secretaría de Salud, **2008**.

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

ISBN en trámite

G61.0 Síndrome de Guillain-Barré

Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Guillain-Barré en el Segundo y Tercer Nivel de Atención [Síndrome de Landry-Guillain-Barré].

Autores:

Dr. Amílcar Caballero Trejo	Médico Infectólogo	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico Adscrito al Servicio de Epidemiología Hospitalaria, Hospital Ginecología y Obstetricia UMAE No. 23, Monterrey, Nuevo León
Dr. Juan Bernardo Bruce Diamond Hernández	Médico Infectólogo	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico Adscrito a la Unidad Complementaria de Infectología, UMAE Hospital General CMN La Raza, México, DF
Dr. David Álvaro Escobar Rodríguez	Médico de Medicina Física y de Rehabilitación	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinador de Programas Médicos, División de Rehabilitación Coordinación de Áreas Médicas
Dr. Clemente Jorge Fonseca León	Médico Infectólogo	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico Adscrito al Servicio de Infectología de la UMAE Hospital de Especialidades "Antonio Fraga Mouret" CMN La Raza, México, DF
Dr. Gerardo Gazcon Cerda	Neurocirujano	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico Adscrito al Hospital de Traumatología UMAE Victorio de la Fuente Narváez, México, DF
Dra. Sandra Hernández Cid de León	Médico Infectólogo	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico Adscrito a la Unidad Complementaria de Infectología, UMAE Hospital General CMN La Raza, México, DF
Dr. Eddie Antonio León Juárez	Médico Infectólogo	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico Adscrito al Servicio de Infectología de la UMAE Hospital CMN La Raza, México, DF
Dra. Rocío Georgina Olivares Jiménez	Médico de Medicina Física y de Rehabilitación	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico Adscrito de la Unidad de Medicina Física y de Rehabilitación Región Centro, UMAE Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes, México, DF
Dra. Ana Lilia Osnaya Rubio	Neurologa	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico Adscrito al Servicio de Neurología de la UMAE Hospital de Especialidades CMNSXXI. México DF
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Médico Pediatra	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE. México, DF
Dr. Sergio Zamora Varela	Medico Especialista en Medicina del Enfermo Adulto en Estado Critico	Instituto Mexicano del Seguro Social	Medico Adscrito al Servicio de Terapia Intensiva de la UMAE Hospital de Especialidades "Antonio Fraga Mouret" CMN La Raza, México, DF
Validación Interna:			
Dra. Elsa Aburto Mejía	Médico Internista	Instituto Mexicano del Seguro Social	Medico Adscrito Servicio de Medicina Interna de la UMAE Hospital de Especialidades CMNSXXI. México DF
Dr. José Luis Deseano Estudillo	Medico Especialista en Medicina del Enfermo Adulto en Estado Critico	Instituto Mexicano del Seguro Social	Medico Adscrito de la Unidad de Terapia Intensiva de la UMAE Hospital de Especialidades CMNSXXI. México DF
Revisores Interinstitucionales			
Dr. Luis Aguero y Reyes	Médico Internista Administración en Salud	Secretaria de Salud	Asesor de guías de medicina interna, CENETC
Dra. Claudia Elisa Alfaro	Neuróloga	Secretaria de Salud	Adscrita al Servicio de Neurología del Hospital General de México
Dr. Nelson Ramón Coiscou	Neurólogo Pediatra	Secretaria de Salud	Adscrito a la Clínica de Neurología Pediátrica del Hospital General de México
M. en A. Héctor Javier González Jácome	Médico Internista Administración y Políticas Públicas	Secretaria de Salud	Subdirector de Guías de Práctica Clínica, CENETEC
Dra. Claudia Sainos Ramírez	Neuróloga Pediatra	Secretaria de Salud	Encargada de la Clínica de Neurología Pediátrica del Hospital General de México
Dr. Edwin Steven Vargas Cañas	Neurólogo	Secretaria de Salud	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Índice:	pág.
1. Clasificación.....	5
2. Preguntas a responder por esta Guía.....	6
3. Aspectos Generales.....	7
3.1 Justificación.....	7
3.2 Objetivo de esta Guía.....	8
3.3 Definición.....	9
4. Evidencias y Recomendaciones.....	10
4.1 Prevención Secundaria.....	11
4.1.1 Detección.....	11
4.1.1.1 Factores de Riesgo.....	11
4.1.2 Diagnóstico.....	14
4.1.2.1 Diagnóstico Clínico.....	14
4.1.2.2 Pruebas Diagnósticas.....	18
4.1.2.2.1 Estudio de Líquido Cefalorraquídeo.....	18
4.1.2.2.2 Estudios Neurofisiológicos.....	19
4.1.3 Tratamiento.....	22
4.1.3.1 Tratamiento Específico: Inmunoglobulina Intravenosa y Plasmaféresis.....	22
4.1.3.2 Tratamiento de Soporte.....	26
4.1.3.2.1 Control del Dolor.....	26
4.1.3.2.2 Profilaxis para Trombosis Venosa Profunda.....	28
4.1.3.2.3 Apoyo Ventilatorio.....	29
4.1.3.2.4 Traqueostomía.....	31
4.1.4 Acciones de Salud Comunitaria.....	32
4.2 Prevención Terciaria.....	32
4.2.1 Programa de Rehabilitación.....	32
4.3 Criterios de Referencia y Contrarreferencia.....	36
4.3.1 Criterios Técnico Médicos de Referencia.....	36
4.3.1.1 Criterios de Referencia a Tercer Nivel.....	36
4.3.2 Criterios técnico médicos de Contrarreferencia.....	37
4.3.2.1 Contrarreferencia al Segundo Nivel de Atención.....	37
4.3.2.2 Contrarreferencia al Primer Nivel de Atención.....	37
4.4 Vigilancia y Seguimiento.....	38
4.5 Tiempo Estimado de Recuperación y Días de Incapacidad.....	39
Algoritmos.....	41
5. Definiciones Operativas.....	43
6. Anexos.....	46
6.1 Protocolo de Búsqueda.....	46
6.2 Sistemas de Niveles de Evidencias y Gradación de Recomendaciones.....	47
6.3 Anexos Clínicos.....	48
6.4 Medicamentos.....	52
7. Bibliografía.....	58
8. Agradecimientos.....	61
9. Comité Académico.....	62
10. Directorio.....	63
11. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica.....	64

1. CLASIFICACIÓN

REGISTRO : IMSS-089-08	
PROFESIONALES DE LA SALUD	Medico Infectólogo, Neurocirujano, Pediatra, Médico de Medicina Física y Rehabilitación, Neurólogo, Médico Internista, Médico Especialista en Medicina del Enfermo Adulto en Estado Crítico.
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	G61 POLINEUROPATIA INFLAMATORIA, G61.0 SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ
CATEGORÍA DE GPC	Segundo y Tercer Nivel de Atención Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación
USUARIOS POTENCIALES	Médicos Familiares, Neurologos, Infectólogos, Pediatras, Médico Internista, Médico de Medicina Física y Rehabilitación, Medico Especialista en Medicina del Enfermo Adulto en Estado Crítico, Médicos en etapa de formación
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Instituto Mexicano del Seguro Social División de Excelencia Clínica de la Coordinación de UMAE UMAE Hospital de Infectología CMN La Raza, Distrito Federal UMAE Hospital de Traumatología "Victorio de la Fuente Narváez", Distrito Federal UMAE Hospital de Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes", Distrito Federal. Unidad de Medicina Física y de Rehabilitación Región Centro UMAE Hospital de Especialidades "Antonio Fraga Mouret" CMN La Raza, DF UMAE Hospital de Especialidades CMN SXXI, Distrito Federal Delegación Nuevo León: HGO No. 23, Monterrey, Nuevo León
POBLACIÓN BLANCO	Lactantes, preescolares, escolares, adolescentes, hombres adultos y mujeres adultas no embarazadas
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR	Instituto Mexicano del Seguro Social División de Excelencia Clínica de la Coordinación de UMAE UMAE Hospital de Infectología CMN "La Raza", Distrito Federal UMAE Hospital de Traumatología "Victorio de la Fuente Narváez", Distrito Federal UMAE Hospital de Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes", Distrito Federal. Unidad de Medicina Física y de Rehabilitación Región Centro UMAE Hospital de Especialidades CMN SXXI, Distrito Federal Delegación Nuevo León: HGO No. 23, Monterrey, Nuevo León
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Evaluación clínica intergral. Punción Lumbar . Estudio citoquímico del liquido cefalorraquídeo. Estudio electrofisiológico (electroneuromiografía). Plasmaferesis. Medicamentos: inmunoglobulina humana normal, enoxaparina, dextropropoxifeno, buprenorfina, fentanilo, carbamazepina, gabapentina, imipramina. Medias de compresión elástica. Ventilación Asistida
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Incremento en la detección y referencia oportuna de pacientes con sospecha de síndrome de Guillain-Barré en el primer y segundo nivel de atención. Tratamiento específico oportuno en pacientes con síndrome de Guillain Barré. Reducción de las complicaciones. Disminución en la estancia hospitalaria. Disminución en la secuelas a largo plazo. Mejora en la calidad de los servicios de atención. Disminución en la de mortalidad. Mejora en la calidad de vida.
METODOLOGÍA	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 56 Guías seleccionadas: 1 Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis: 5 Ensayos Clínicos Controlados Aleatorizados: 4 Ensayos Clínicos Controlados no Aleatorizados: 1 Estudios de Cohorte: 2 Estudios Descriptivos: 19 Revisiones Clínicas: 20 Reporte de casos: 1 Comité de Expertos: 3 Validación del protocolo de búsqueda por la División de Excelencia Clínica de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones * Ver Anexo 1
MÉTODO DE VALIDACIÓN	Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: Prueba de Campo: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica Revisión externa : Hospital General de México; Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
CONFLICTO DE INTERES	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	REGISTRO <i>IMSS-089-08</i> FECHA DE ACTUALIZACIÓN <i>a partir del registro 2 a 3 años</i>

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo que pueden predisponer al desarrollo de síndrome de Guillain-Barré?
2. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas del síndrome de Guillain-Barré?
3. ¿Cuáles son las variantes clínicas del síndrome de Guillain-Barré?
4. ¿Con qué enfermedades o condiciones clínicas se debe diferenciar el síndrome de Guillain-Barré?
5. ¿Cuáles son las pruebas de laboratorio para establecer el diagnóstico del síndrome de Guillain-Barré?
6. ¿Cuáles son los estudios de gabinete para establecer el diagnóstico del síndrome de Guillain-Barré?
7. ¿Cuál es el tratamiento específico para el síndrome de Guillain-Barré?
8. ¿Cuál es el tratamiento de soporte para el síndrome de Guillain-Barré?
9. ¿Cuál es el tratamiento de rehabilitación para el síndrome de Guillain-Barré?
10. ¿Cuáles son los criterios de referencia a tercer nivel y contrarreferencia de pacientes con Síndrome Guillain-Barré para el segundo y primer nivel?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

Se denomina síndrome de Guillain-Barré (SGB) a una enfermedad desmielinizante aguda que causa el rápido desarrollo de debilidad de las extremidades y a menudo de los músculos faciales, respiratorios y de deglución. Habitualmente se debe a la inflamación multifocal de las raíces espinales y de los nervios periféricos, especialmente sus vainas de mielina, en los casos graves los axones también están dañados. (Hughes 2008).

Se conoce que el SGB constituye un conjunto de síndromes que se manifiestan como diferentes subtipos de trastornos, con rasgos electrofisiológicos y anatomopatológicos distintos cuyo máximo pico de afectación se sitúa en las 2 primeras semanas desde el inicio de los síntomas; se caracteriza clínicamente por la presencia de una parálisis flácida con arreflexia, trastorno sensorial variable y elevación de las proteínas en el LCR (Brin, 2006).

Desde la marcada declinación de la poliomielitis, el síndrome de Guillain-Barré es considerado como la causa más frecuente de parálisis flácida reportándose una incidencia mundial de 0.6 a 4 por 100 000 habitantes por año. (Hughes 2005, Nachamkin, 2007). Suele afectar a personas de cualquier edad y sexo con 2 picos de presentación: uno en la etapa adulta joven y otra en ancianos, es rara en niños menores de un año de edad. El trastorno suele aparecer unos días o semanas después de que la persona presentó síntomas de infección viral respiratoria o intestinal; en algunas ocasiones el embarazo, las cirugías o las vacunas pueden desencadenar el síndrome (Acosta 2007). Un estudio realizado en población pediátrica mostró que la neuropatía axonal motora aguda es un subtipo de síndrome de Guillain-Barré de importancia en los niños mexicanos, señaló también que ocurre estacionalmente predominando entre julio y septiembre y que se asocia con mayor frecuencia a diarrea (Nachamkin, 2007).

El tratamiento con inmunoglobina administrada en las 2 primeras semanas del inicio de los síntomas ha demostrado eficacia para acortar el tiempo de recuperación de pacientes con SGB (Coll-Canti, 2009). Por su parte la plasmaféresis ha probado beneficio en pacientes con enfermedad leve, moderada y severa así como mayor utilidad cuando se realiza dentro de los siete días posteriores al inicio de la enfermedad (Raphaël 2008).

La mortalidad estimada del SGB es variable y aún con el advenimiento de una terapia efectiva sigue siendo del 4 al 8%, se considera que más del 20% de los pacientes llega a requerir ventilación asistida y que alrededor del 40% de aquellos que ameritaron hospitalización requerirán rehabilitación (Caroll, 2003). Aproximadamente el 80% de las personas que presentaron SGB se recuperan adecuadamente después del tratamiento, sin embargo la calidad de vida puede estar dañada en diferentes áreas muchos años después del inicio de la enfermedad, indicando recuperación incompleta a largo plazo; entre el 25 y 85% de los pacientes continúan con signos residuales de neuropatía, indicando daño funcional (Rudolph, 2008).

Debido a lo anterior la Dirección de Prestaciones Médicas/IMSS a través de la División de Excelencia Clínica junto con un grupo de expertos clínicos se dieron a la tarea de elaborar un

instrumento de apoyo para el manejo de los pacientes con SGB en el segundo y tercer nivel de atención.

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica “**Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Guillain-Barré en el Segundo y Tercer Nivel de Atención**” forma parte de las Guías que integrarán el **Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica**, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el **Programa Sectorial de Salud 2007-2012**.

La finalidad de este Catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del segundo y tercer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome de Guillain-Barré. Los objetivos de la presente guía son:

En el segundo nivel de atención:

- Identificar de forma oportuna los pacientes con sospecha de síndrome de Guillain-Barré
- Buscar los factores de riesgo que pudieron desencadenar el síndrome de Guillain-Barré
- Iniciar tratamiento específico de forma oportuna así como medidas de soporte
- Realizar la referencia oportuna al tercer nivel de atención

En el tercer nivel de atención:

- Establecer el diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré con apoyo de las pruebas diagnósticas determinadas
- Proporcionar de forma oportuna el tratamiento en pacientes con síndrome de Guillain-Barré
- Iniciar un programa de rehabilitación de forma temprana en pacientes con síndrome de Guillain-Barré

Lo anterior, favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3 DEFINICIÓN

La polirradiculoneuropatía inflamatoria aguda o síndrome de Guillain-Barré clásico es una enfermedad autoinmune asociada en la mayoría de los casos por una infección viral o bacteriana. La presentación clínica habitual se caracteriza por una debilidad simétrica de más de una extremidad, rápidamente progresiva, de comienzo distal y avance ascendente, a veces llegando a afectar la musculatura bulbar respiratoria así como nervios craneales motores y que cursa con disminución ó pérdida de los reflejos osteotendinosos y con signos sensitivos leves o ausentes.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ (GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	1a [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.2

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía

	Evidencia
	Recomendación
	Buena Práctica

4.1 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.1.1 DETECCIÓN

4.1.1.1 FACTORES DE RIESGO

Evidencia / Recomendación



El síndrome de Guillain-Barré se presenta a consecuencia de una respuesta autoinmune.



Los pacientes con síndrome de Guillain-Barré que presentan degeneración axonal tienen, con frecuencia, anticuerpos Ig G contra gangliósidos GM1, GD1b y GD1a, los cuales están presentes en los nervios periféricos.

Nivel / Grado

Ia
[E. Shekelle]
Hughes, 2008

Ib
[E. Shekelle]
Marinos, 2004

E	El síndrome de Guillain-Barré puede ocurrir de 7 a 14 días, después de una infección bacteriana o viral.	III [E. Shekelle] Kaida, 2009
E	Existen reportes de casos de síndrome de Guillain-Barré que se relacionan a infecciones de vías respiratorias, ocurridas un mes antes de haber iniciado los síntomas y signos de la enfermedad.	III [E. Shekelle] Seneviratne U, 2000
E	En los pacientes con síndrome de Guillain-Barré en los que se identificó un antecedente de un proceso infeccioso, estos se asociaron con los siguientes microorganismos: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Campylobacter jejuni</i>: 20% a 50% • Citomegalovirus : 5% a 22 % • <i>Haemophylus influenzae</i>: 2% a 13% • <i>Epstein Barr</i> : 10% • <i>Mycoplasma pneumoniae</i>: 5% • Borreliosis de Lyme, hepatitis tipo A, B, C y D, así como fiebre tifoidea: menos del 5%. 	III [E. Shekelle] Seneviratne U, 2000 III [E. Shekelle] Moore J, 2005
E	Los casos de síndrome de Guillain-Barré con antecedente de enteritis por <i>Campylobacter jejuni</i> pueden deberse al mimetismo antigénico que ocurre entre los lipopolisacáridos y gangliósidos (GM1) de la membrana de los nervios periféricos y los oligosacáridos de la bacteria.	III [E. Shekelle] Moore J, 2005 Ib [E. Shekelle] Marinos C, 2004
E	El 20% de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré asociado a infección por <i>Campylobacter jejuni</i> desarrolla discapacidad residual.	III [E. Shekelle] Seneviratne S, 2000 III [E. Shekelle] Moore J, 2005
R	Ante un caso de parálisis flácida con antecedente de una infección viral o bacteriana se recomienda investigar síndrome de Guillain-Barré, particularmente en aquellos casos con infección previa de <i>Campylobacter jejuni</i> .	C [E. Shekelle] Seneviratne S, 2000 C [E. Shekelle] Moore J, 2005

R

En todo paciente que acude a los servicios médicos, con antecedente de infección viral o bacteriana un mes antes de la parálisis flácida, se recomienda descartar síndrome de Guillain-Barré.

C
[E. Shekelle]
Seneviratne S, 2000

E

Los primeros casos de síndrome de Guillain-Barré asociados a la vacuna contra influenza fueron reportados en 1976, tras una campaña nacional de vacunación contra el virus de influenza porcina. Durante la investigación se encontró que las personas vacunadas contra influenza porcina, tenían mayor riesgo de desarrollar síndrome de Guillain-Barré que los no vacunados: alrededor de 1 nuevo caso por cada 100 mil personas vacunadas.

IV
[E. Shekelle]
CDC, Septiembre 14, 2009

E

Se desconoce aún la causa que provocó el desarrollo del síndrome de Guillain-Barré, en algunas de las personas vacunadas durante 1976. Existen diversas teorías, una de ellas señala que las vacunas pueden desencadenar una respuesta inflamatoria, capaz de ocasionar daño celular a nivel de sistema nervioso central.

IV
[E. Shekelle]
CDC, Septiembre 14, 2009

E

Varios estudios se han realizado desde 1976, para evaluar si las vacunas contra la influenza se asocian con el síndrome de Guillain-Barré. En la mayoría, no se ha encontrado tal asociación; sin embargo, otros estudios sugieren que puede ocurrir 1 caso adicional de síndrome de Guillain-Barré por cada millón de personas vacunadas contra la influenza.

IV
[E. Shekelle]
CDC, Septiembre 14, 2009

E

En Canadá se reportó una incidencia de un caso de síndrome de Guillain-Barré por cada millón de dosis de vacuna contra la influenza.

III
[E. Shekelle]
Public Health Agency of Canada, 2000

E

En personas mayores de 18 años de edad se observó uno a dos casos de síndrome de Guillain-Barré, después de 6 a 8 semanas de la vacunación contra el virus de la influenza.

III
[E. Shekelle]
Juurlink D; 2006

III
[E. Shekelle]
Haber P, 2004

E

Un estudio señaló que la incidencia relativa del síndrome de Guillain-Barré fue de 1.45 (IC95%:1.05-1.99;p=0.02) en el periodo de riesgo posvacunación, el cual va de la semana 2 a la 7 comparado con el control (semana 20 a 43)

III
[E. Shekelle]
Juurlink DN, 2006

E

Se han reportado casos de síndrome de Guillain-Barré (8%) en pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia (VIH) durante el período de infección asintomática o en la seroconversión.

III
[E. Shekelle]
Cortes JE, 1995

R

Se recomienda descartar síndrome de Guillain-Barré en toda persona con antecedente de vacunación contra la influenza que presente parálisis flácida 2 a 7 semanas después de la aplicación de la vacuna.

C
[E. Shekelle]
Juurlink DN, 2006
D
[E. Shekelle]
Public Health Agency of Canada, 2000

4.1.2 DIAGNÓSTICO

4.1.2.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Evidencia / Recomendación

E

En estudios de pacientes con síndrome de Guillain-Barré, los síntomas pueden clasificarse, en:

A. Típicos:

- Debilidad o pérdida de la función muscular (parálisis)
- Cambios o disminución de la sensibilidad, entumecimiento, dolor muscular (puede ser similar al dolor por calambres).

B. Adicionales (que pueden aparecer durante la enfermedad, no necesariamente específicos):

- Visión borrosa
- Dificultad para mover los músculos de la cara
- Marcha tórpidas y caídas
- Palpitaciones (sensación táctil de los latidos del corazón)

Nivel / Grado

III
[E. Shekelle]
Van Doorn P, 2008
III
[E. Shekelle]
Acosta M, 2007
III
[E. Shekelle]
Taboada R, 2008
III
[E. Shekelle]
Brin J, 2006

- Contracciones musculares

C. De alarma:

- Disfagia, sialorrea
- Disnea, apnea o incapacidad para respirar profundamente
- Lipotimia

(Ver Anexo 6.3; Cuadro I y II)



Los criterios de Asbury y Cornblath, modificados por Ropper están validados para establecer el diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré (Ver Anexo 6.3; Cuadro I).

III
[E: Shekelle]
Telleria-Díaz A, 2008



En el síndrome de Guillain-Barré se puede encontrar arreflexia o hiporreflexia osteotendinosa.

III
[E: Shekelle]
Pascual PS, 2008



Algunos pacientes con síndrome de Guillain-Barré pueden presentar **datos de disfunción autonómica**, como:

- Taquicardia o bradicardia sinusal, otras arritmias cardíacas
- Hipertensión o hipotensión arterial postural
- Amplias fluctuaciones del pulso y de la presión sanguínea
- Pupila tónica
- Hipersalivación, anhidrosis o hiperhidrosis
- Alteraciones de esfínter urinario, estreñimiento, alteración en movilidad gástrica
- Tono vasomotor anormal causando estasis venosa o enrojecimiento facial

III
[E. Shekelle]
Seneviratne U, 2000



En series de pacientes con síndrome de Guillain-Barré se describen otras variantes regionales menos comunes, como son:

- Síndrome de Miller-Fisher (5% de los casos)
- Debilidad sin parestesia (3%)
- Debilidad cervical, braquial y faríngea (3%)
- Paraparesia (3%)

III
[E. Shekelle]
Khan F, 2004



- Paresia facial con parestesia (1%)
- Ataxia pura (1%)

Las condiciones clínicas que hacen dudar del diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré, son:

En la fase inicial de la enfermedad:

- Fiebre
- Disfunción pulmonar severa con poca debilidad de las extremidades
- Alteraciones sensitivas severas con poca debilidad de las extremidades
- Disfunción vesical o intestinal

En la fase de meseta de la enfermedad:

- Nivel sensitivo marcado, progresión lenta con poca debilidad sin compromiso respiratorio (considerar una polineuropatía inflamatoria desmielinizante subaguda o crónica)
- Asimetría persistente de la debilidad
- Disfunción vesical o intestinal persistente
- Cuenta de células alta en LCR ($>50 \times 10^6$ células /L).

[Ver Anexo 6.3; Figura 1]



Para la valoración inicial y el seguimiento de los pacientes, se utiliza la clasificación de gravedad del síndrome de Guillain-Barré basada en los datos clínicos, definidos por el grupo Holandés (Hughes y colaboradores).

[Ver Anexo 6.3; Cuadro III]



Se recomienda investigar síndrome de Guillain-Barré en aquellos pacientes que presentan los siguientes datos clínicos:

- Debilidad progresiva en más de una extremidad
- Arreflexia o hiporreflexia
- Progresión simétrica y ascendente
- Parestesias, disestesias
- Compromiso de pares craneales
- Disfunción autonómica

III
[E. Shekelle]
van Doorn P, 2008

III
[E. Shekelle]
Taboada R, 2008
III
[E. Shekelle]
Hughes R, 2007

C
[E. Shekelle]
Van Doorn P, 2008
C
[E. Shekelle]
Acosta M, 2007
C
[E. Shekelle]
Taboada R, 2008
C
[E. Shekelle]

- Ausencia de fiebre al inicio de la enfermedad

[Ver Anexo 6.3; Cuadro I y II]

Brin J, 2006
C
[E: Shekelle]
Telleria-Díaz A, 2002
C
[E: Shekelle]
Pascual PS, 2008



Se recomienda buscar intencionadamente los datos clínicos que contribuyen a establecer el diagnóstico del síndrome de Guillain-Barré, así como a determinar el nivel de gravedad de la enfermedad, utilizando la clasificación de Hughes modificada [Ver Anexo 6.3; Cuadro I-III].

C
[E: Shekelle]
Taboada R, 2008
C
[E: Shekelle]
Hughes R, 2007



Existen otras enfermedades que pueden presentar algunos síntomas y signos similares al síndrome de Guillain-Barré como, son:

- Intoxicación aguda por metales pesados
- Deficiencia de vitamina B12
- Enfermedad de motoneuronas
- Infección por VIH
- Accidente cerebrovascular
- Botulismo
- Borreliosis de Lyme
- Miositis
- Miastenia gravis
- Parálisis periódica
- Lesiones de la médula espinal
- Difteria
- Parálisis de Bell
- Sarcoidosis
- Hipocalcemia severa
- Poliomieltis
- Consumo de drogas
- Compresión de médula espinal
- Mielitis transversa
- Meningitis neoplásica
- Neuropatía por vasculitis
- Neuropatía paraneoplásica
- Parálisis por *Karwinskia humboldtiana* (capulín tullidor [tullidora, coyotillo])

III
[E: Shekelle]
Acosta M, 2007
III
[E: Shekelle]
Khan F, 2004

R

Se recomienda hacer una anamnesis detallada, buscando posibles infecciones virales, bacterianas e inmunizaciones antes de presentar los síntomas de la enfermedad; así como una exploración neurológica completa, para diferenciar otras probables entidades, cuya sintomatología pueda ser parecida al síndrome de Guillain-Barré.

C
[E. Shekelle]
Acosta M, 2007
C
[E. Shekelle]
Khan F, 2004

4.1.2.2 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

4.1.2.2.1 ESTUDIO DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

Evidencia / Recomendación

E

En la mayoría de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré, el estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR) puede no mostrar alteraciones en las primeras 48 horas de la enfermedad. Estudios han demostrado que en la segunda semana de la enfermedad, el 90% de los casos muestran niveles de proteínas altos en el LCR, siendo la elevación evidente desde la primera semana de los síntomas (25% de los pacientes).

Nivel / Grado

III
[E. Shekelle]
van Doorn P, 2008
III
[E. Shekelle]
Korinthenberg R, 2007

E

El diagnóstico del síndrome de Guillain-Barré se basa principalmente, en los datos clínicos y en el resultado del estudio del LCR: proteínas elevadas por arriba del límite de referencia sin pleocitosis (leucocitos $< 10 / \text{mm}^3$) [Ver Anexo 6.3, Cuadro IV].

III
[E. Shekelle]
van Doorn P, 2008
III
[E. Shekelle]
Newswagner D, 2004

R

Se recomienda realizar estudio de LCR en aquellos pacientes con sospecha clínica de síndrome de Guillain-Barré, posterior a la primera semana de iniciados los síntomas. Es importante considerar que, un resultado sin alteraciones, no excluye el diagnóstico de la enfermedad.

C
[E. Shekelle]
van Doorn P, 2008
C
[E. Shekelle]
Korinthenberg R, 2007

R

Ante la presencia de pleocitosis en el LCR de pacientes con síntomas y signos de síndrome Guillain-Barré, se sugiere considerar otras posibles entidades nosológicas asociadas (borreliosis de Lyme, infección por VIH y neoplasias), para las cuales será necesario

C
[E. Shekelle]
Newswagner D, 2004

realizar los estudios pertinentes, según sea el caso.



Quando los síntomas son compatibles con síndrome de Guillain-Barré y el estudio de LCR no tiene alteraciones, se sugiere realizar otro estudio en las siguientes 72 horas.

III
[E. Shekelle]
van Doorn P, 2008
III
[E. Shekelle]
Korinthenberg R, 2007



Se recomienda repetir el estudio de LCR después de las 72 horas, cuando los resultados del estudio de LCR inicial hayan sido negativos o sin alteraciones.

C
[E. Shekelle]
van Doorn P, 2008
C
[E. Shekelle]
Korinthenberg R,, 2007



Ante un estudio de LCR sin alteraciones en un paciente con alta sospecha de síndrome de Guillain-Barré, los datos clínicos deberán prevalecer para la toma de decisiones y deberá considerarse otras pruebas diagnósticas.

C
[E. Shekelle]
van Doorn P, 2008
Korinthenberg R,, 2007

4.1.2.2.2 ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS

Evidencia / Recomendación



El síndrome de Guillain Barre tiene al menos 4 subtipos:

- Polirradiculoneuropatía inflamatoria desmielinizante aguda (PIDA)
- Neuropatía axonal motora aguda (NAMA)
- Polineuropatía axonal sensitivo motora aguda (PASMA)
- Síndrome de Miller Fisher (SMF)

Nivel / Grado

III
[E. Shekelle]
McGrogan A, 2009
III
[E. Shekelle]
Taboada R, 2008
III
[E. Shekelle]
Nachamkin I, 2007



En el síndrome de Guillain-Barré el estudio electrofisiológico puede mostrar dos patrones:

- Desmielinización (74%)
- Neuropatía motora (26%, de los cuales el 11% presenta cambios axonales)

III
[E. Shekelle]
Korinthenberg R, 2007
III
[E. Shekelle]
Rajabally Y, 2006

E

En los pacientes con síndrome de Guillain-Barré los estudios electrofisiológicos han mostrado utilidad para:

- Apoyar el diagnóstico
- Clasificar la variedad
- Apoyo para establecer el pronóstico
- Excluir otras patologías

E

Se ha demostrado que los estudios electrofisiológicos tienen una sensibilidad del 50% al 68% para el diagnóstico de polirradiculoneuropatía inflamatoria desmielinizante aguda, cuando se realizan entre la segunda y la cuarta semana después de haber iniciado la sintomatología.

E

Los hallazgos electrofisiológicos a menudo muestran anomalías ligeras, ocasionalmente son normales en etapa temprana y no se correlacionan bien con la incapacidad clínica.

R

Aunque el diagnóstico del síndrome de Guillain-Barré es esencialmente clínico, se recomienda realizar estudios electrofisiológicos (electroneuromiografía) con técnicas estandarizadas e internacionalmente aceptadas. Es recomendable realizarlos a partir de la segunda semana de la enfermedad para establecer el subtipo neurofisiológico del síndrome y para descartar otras patologías.

E

Los estudios de conducción nerviosa utilizan procedimientos convencionales; los estudios de conducción motora evalúan los nervios mediano, cubital, tibial posterior y peroneo común; los estudios de conducción sensorial evalúan los nervios mediano, cubital y sural.

III
[E. Shekelle]
Hadden RD, 2003

III
[E. Shekelle]
García-Ramos G, 2005.

III
[E. Shekelle]
Monroy G, 2005

III
[E. Shekelle]
Hadden RD, 2003

C
[E. Shekelle]
McGrogan A, 2009

C
[E. Shekelle]
Korinthenberg R, 2007

C
[E. Shekelle]
Rajabally Y, 2006

C
[E. Shekelle]
Hadden RD, 2003

C
[E. Shekelle]
García-Ramos G, 2005.

C
[E. Shekelle]
Monroy G, 2005

III
[E. Shekelle]
Hiraga, 2005

E

Los criterios electrofisiológicos en la PIDA muestran anomalías en dos o más nervios e incluyen:

- Velocidad de conducción menor de 90% del límite inferior normal si la amplitud es mayor del 50% del límite inferior normal; menor del 85% si la amplitud es menor del 50% del límite inferior normal
- Latencia distal mayor al 110% del límite superior normal si la amplitud es normal; mayor al 120% del límite superior normal si la amplitud es menor del límite inferior normal
- Evidencia de incremento en la dispersión temporal del potencial de acción
- Respuesta F con latencia mínima mayor al 120% de lo normal

III
[E. Shekelle]
Hiraga, 2005

E

Los criterios electrofisiológicos en la NAMA muestran anomalías en dos o más nervios e incluyen:

- Disminución en la amplitud del potencial de acción menor al 80% del límite inferior normal
- No muestran evidencias de desmielinización como en la PIDA

III
[E. Shekelle]
Hiraga, 2005

E

En los pacientes con NAMA no se observan anomalías sensoriales y en el estudio de electromiografía se registran ondas positivas y fibrilaciones en músculos de las extremidades.

III
[E. Shekelle]
Wu HS, 1997

E

En algunos pacientes con NAMA se observa una rápida mejoría clínica con restauración de la amplitud del potencial distal sugiriendo un bloqueo de la conducción en el segmento nervioso distal, por lo tanto la clasificación electrofisiológica durante la fase temprana de la enfermedad puede cambiar en un número considerable de pacientes.

III
[E. Shekelle]
Hiraga, 2005

R

Se recomienda utilizar los criterios electrofisiológicos previamente descritos para identificar los dos subtipos principales del síndrome de Guillain-Barré, tomando en consideración el tiempo de evolución de la enfermedad y el estado clínico del paciente.

C
[E. Shekelle]
Hiraga, 2005
C
[E. Shekelle]
Wu HS, 1997

4.1.3 TRATAMIENTO

(Ver Anexo 6.4; Cuadro I)

4.1.3.1 TRATAMIENTO ESPECÍFICO: INMUNOGLOBULINA INTRAVENOSA Y PLASMAFÉRESIS

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Los ensayos aleatorios en la enfermedad grave muestran que la inmunoglobulina intravenosa administrada dentro de las dos semanas del inicio de la enfermedad acelera la recuperación tanto como el intercambio plasmático, que como se sabe es más efectivo que el tratamiento de apoyo. La medida de resultado primario fue el cambio de la puntuación en una escala de discapacidad de siete grados, cuatro semanas después de la asignación al azar. Se llegó a la conclusión de que la inmunoglobulina intravenosa y el IP tienen una eficacia similar para acelerar la recuperación del SGB.

1a
[E. Shekelle]
Hughes R, 2008

E

De acuerdo a un estudio, la plasmaferesis aceleró la recuperación en los pacientes con síndrome de Guillain-Barré que no podían deambular y que recibieron el tratamiento dentro de las primeras cuatro semanas de inicio de los síntomas neuropáticos. La plasmaferesis también aceleró la recuperación en los pacientes que podían deambular y que fueron tratados en las primeras dos semanas de la enfermedad.

1a
[E. Shekelle]
Hughes R, 2003

R

Se recomienda utilizar para el tratamiento de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré: inmunoglobulina intravenosa o plasmaféresis.

A
[E. Shekelle]
Hughes R, 2008
A
[E. Shekelle]
Hughes R, 2003

E

En los niños, la inmunoglobulina intravenosa probablemente acelera la recuperación en comparación con el tratamiento de apoyo solo.

1a
[E. Shekelle]
Hughes R, 2008

E

Se observó que los pacientes que recibieron tratamiento con inmunoglobulina intravenosa tuvieron menos efectos adversos a diferencia de los tratados con plasmaféresis (diferencia de efecto: 4.01 $p=0.0001$).

Ia
[E. Shekelle]
Hughes R, 2008

R

Se recomienda el uso de inmunoglobulina intravenosa como tratamiento de elección en los pacientes con síndrome de Guillain-Barré.

A
[E. Shekelle]
Hughes R, 2008

E

Las dosis altas de inmunoglobulina intravenosa (2 gr/kg/dosis total) favorecen una respuesta mayor que las dosis bajas de inmunoglobulina intravenosa (1 gr/kg/dosis total) [diferencia de efecto: 1.28 $p=0.2$]. Asimismo, el tratamiento con un esquema de cinco días es superior al de dos días (diferencia de efecto 0.79, $p=0.4$).

Ia
[E. Shekelle]
Hughes R, 2008

E

Estudios han demostrado que no existe diferencia significativa de la recuperación a las 4 semanas con el régimen de 2gr/k/dosis total cuando se proporciona en 2 ó 5 días.

III
[E. Shekelle]
Hughes R, 2007

R

En niños y adultos, se recomienda administrar inmunoglobulina intravenosa a dosis total de 2gr/kg, en infusión continua (con bomba de infusión) dividida en dos o cinco días de acuerdo las condiciones generales y comorbilidades del caso.

A
[E. Shekelle]
Hughes R, 2008
C
[E. Shekelle]
Hughes R, 2007

E

La administración temprana de inmunoglobulina intravenosa (dentro de los primeros cinco días de iniciados los síntomas) reduce la estancia hospitalaria de los pacientes (OR=1,86; CI=0,04-0,63).

III
[E. Shekelle]
Coll-Cantí J, 2009

E

La inmunoglobulina ha mostrado beneficio administrándola hasta 4 semanas después de haber iniciado los síntomas neurológicos.

III
[E. Shekelle]
Burns TM, 2008

R

Se recomienda que la inmunoglobulina intravenosa se administre en los primeros 5 días después del inicio de los síntomas de la enfermedad, sin embargo, puede ser útil hasta 4 semanas después de iniciados los síntomas neuropáticos.

C
[E. Shekelle]
Coll-Cantí J, 2009
C
[E. Shekelle]
Burns TM, 2008

E

La administración de inmunoglobulina intravenosa posterior a la plasmaféresis no ofrece un mayor beneficio en los pacientes con síndrome de Guillain-Barré (diferencia de efecto: -1,17, $p=0.2$).

la
[E. Shekelle]
Hughes R, 2008

R

No se recomienda utilizar la combinación de inmunoglobulina intravenosa y plasmaféresis.

A
[E. Shekelle]
Hughes R, 2008

E

Se ha demostrado que la plasmaféresis es igual de efectiva que la administración de inmunoglobulina intravenosa en los pacientes con síndrome de Guillain-Barré.

la
[E. Shekelle]
Raphaël J, 2008
la
[E. Shekelle]
Hughes R, 2003

E

En un metaanálisis se observó que la plasmaféresis en los pacientes con Síndrome de Guillain-Barré fue más eficaz cuando se realizó dentro de los 7 días del inicio del déficit motor. Sin embargo, pueden beneficiarse hasta los 30 días después del inicio de los síntomas de la enfermedad.

IIa
[E. Shekelle]
Raphaël J, 2008
la
[E. Shekelle]
Hughes R, 2003

R

En caso de no disponer de inmunoglobulina intravenosa, se recomienda utilizar como alternativa plasmaféresis en los pacientes con síndrome de Guillain-Barré.

A
[E. Shekelle]
Hughes R, 2008
A
[E. Shekelle]
Hughes R, 2003

E

No existen estudios clínicos sobre el uso de la plasmaféresis como tratamiento de niños menores de 12 años con síndrome de Guillain-Barré.

la
[E. Shekelle]
Raphaël J, 2008



En caso de no contar con inmunoglobulina para el tratamiento de los niños menores de 12 años de edad con síndrome de Guillain-Barré, se recomienda considerar como una posible alternativa la plasmaféresis.

✓
Buena Práctica



Los estudios de ensayos clínicos muestran que independientemente de la gravedad de la enfermedad, la plasmaféresis tiene un efecto beneficioso en los pacientes adultos.

la
[E. Shekelle]
Raphaël J, 2008



Los resultados de dos ensayos controlados aleatorios realizados en pacientes con síndrome de Guillain-Barré, sugieren realizar 4 sesiones de plasmaféresis en pacientes con enfermedad moderada o grave (grado de incapacidad 3 a 5 de la escala de Hughes), así como 2 sesiones para aquéllos con enfermedad leve (grado de incapacidad 0 a 2 de la escala de Hughes).

la
[E. Shekelle]
Raphaël J, 2008



Se recomienda que en los casos con grado de incapacidad de 3 a 5 de la escala de Hughes se realicen 4 sesiones de plasmaféresis, y en los casos con grado de incapacidad de 0 a 2 de la escala de Hughes se puede llevar a cabo 2 sesiones.

A
[E. Shekelle]
Raphaël J, 2008



Ensayos clínicos controlados han demostrado que el uso de corticosteroides orales retrasa la recuperación de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré ($p=0.82$ IC 0.17, 1.47).

la
[E. Shekelle]
Hughes R, 2008
Ila
[E. Shekelle]
van Doorn P, 2002



En un estudio de metaanálisis, en el que se comparó el efecto de la inmunoglobulina intravenosa sola y combinada con metilprednisolona durante 5 días, no se observó una diferencia significativa en la recuperación de los pacientes y en los resultados, a largo plazo. (RR 1,2; IC del 95%: 1,0 a 1,5; valor de $p = 0,06$).

Ib
[E. Shekelle]
van Koningsveld R, 2004
la
[E. Shekelle]
Hughes R, 2003
Ila
[E. Shekelle]
van Doorn P, 2002.



No es recomendable administrar esteroides orales ni parenterales (metilprednisolona) en los pacientes con síndrome de Guillain-Barré.

A
[E. Shekelle]
van Koningsveld R, 2004
A
[E. Shekelle]
Hughes R, 2003
A

[E. Shekelle]
Hughes R, 2008
B
[E. Shekelle]
van Doorn P, 2002

4.1.3.2 TRATAMIENTO DE SOPORTE
(Ver Anexo 6.4; Cuadro I)

4.1.3.2.1 CONTROL DEL DOLOR

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

De acuerdo a varias series de pacientes con síndrome de Guillain-Barré, el dolor se presentó entre el 33% y 71% de los casos. Los medicamentos que se utilizaron como primera línea de manejo fueron el paracetamol y los agentes antiinflamatorios no esteroideos (AINE).

IIb
[E. Shekelle]
Moulin D, 1997
III
[E. Shekelle]
Hughes R, 2005
III
[E. Shekelle]
Burns TM, 2008

R

El paracetamol o los agentes antiinflamatorios no esteroideos pueden utilizarse como medicamentos de primera línea para el manejo del dolor en pacientes con síndrome de Guillain-Barré leve y moderado; se deberá considerar que con frecuencia no son muy efectivos y podría requerirse de medias de analgesia adicionales.

B
[E. Shekelle]
Moulin D, 1997
C
[E. Shekelle]
Hughes R, 2005
C
[E. Shekelle]
Burns TM, 2008

E

Un estudio mostró que el 75% de los pacientes que recibieron AINE como tratamiento de primera elección, requirieron posteriormente analgésicos opioides orales o parenterales para lograr el control del dolor. Ninguno de los pacientes mostró evidencia de dependencia o adicción; los opioides no parecieron contribuir a la presentación de depresión respiratoria en pacientes sin apoyo ventilatorio.

IIb
[E. Shekelle]
Moulin D, 1997
III
[E. Shekelle]
Burns TM, 2008

E

Un estudio que examinó prospectivamente la incidencia y la intensidad del dolor y que cuantificó la respuesta a la intervención médica mostró: 30% de los pacientes que recibieron una combinación de AINE y opioide oral requirieron de la administración de analgésico opioide intravenoso.

III
[E. Shekelle]
Hughes R, 2005
IIb
[E. Shekelle]
Moulin D, 1997

R

Cuando los AINE no proporcionan alivio adecuado del dolor se recomienda la utilización de analgésicos opioides orales (dextropropoxifeno) o parenterales (buprenorfina, fentanilo), asociados o no a AINE. Si se decide utilizarlos se deben monitorizar cuidadosamente efectos colaterales como depresión respiratoria, hipotensión arterial sistémica, dismotilidad gastrointestinal y distensión vesical

C
[E. Shekelle]
Hughes R, 2005
B
[E. Shekelle]
Moulin D, 1999
C
[E. Shekelle]
Burns TM, 2008

E

Ensayos clínicos controlados han demostrado que el uso de analgésicos opioides asociados a anticonvulsivantes disminuye significativamente la dosis total de los primeros y favorece el control del dolor en pacientes con síndrome de Guillain-Barré.

Ib
[E. Shekelle]
Pandey C, 2002

E

Un estudio que comparó la combinación de analgésico opioide (fentanilo) con gabapentina o carbamazepina mostró que, el grupo que recibió gabapentina mostró niveles bajos en la escala de dolor, cuando se comparó con los grupos que recibieron carbamazepina y placebo ($p < 0.05$). El consumo de fentanilo fue significativamente menor en los grupos que recibieron gabapentina y carbamazepina comparados con el grupo control (590.4 ± 35.0 mcg) ($p < 0.05$).

Ib
[E. Shekelle]
Pandey C, 2005

E

Se ha reportado que la gabapentina y la carbamazepina son efectivas para la reducción del dolor en pacientes con síndrome de Guillain-Barré.

C
[E. Shekelle]
Burns TM, 2008

R

Se recomienda la utilización de gabapentina o carbamazepina en combinación con fentanilo para mitigar el dolor moderado o grave.

A
[E. Shekelle]
Pandey C, 2002

E

Los antidepresivos triciclicos pueden ser de utilidad como manejo adyuvante a corto o a largo plazo para el tratamiento del dolor neuropático.

A
[E. Shekelle]
Pandey C, 2005
III
[E. Shekelle]
Burns TM, 2008

R

En los pacientes adultos, los antidepresivos triciclicos se recomiendan como alternativa para manejo del dolor (tomando en consideración sus efectos colaterales), en los casos en que no exista mejoría después del uso de AINE, carbamazepina y gabapentina.

III
[E. Shekelle]
Burns TM, 2008

C
[E. Shekelle]
Burns TM, 2008

4.1.3.2.2 PROFILAXIS PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

Evidencia / Recomendación

E

La inmovilización debida al síndrome de Guillain-Barré es un factor de riesgo para el desarrollo de trombosis venosa profunda tanto en niños como en adultos.

Nivel / Grado

III
E. Shekelle]
Hughes R, 2005

E

En los pacientes críticamente enfermos el uso profiláctico de enoxaparina (40 mg subcutánea diariamente) reduce la incidencia de trombosis venosa profunda del 15% en el grupo placebo a 5% en el grupo de pacientes que recibe el tratamiento.

III
E. Shekelle]
Hughes R, 2005
III
E. Shekelle]
Burns TM , 2008

R

En los pacientes hospitalizados con síndrome de Guillain-Barré que no deambulan se recomienda el uso de enoxaparina subcutánea profiláctica (40 mg diariamente) hasta que sean capaces de caminar de manera independiente.

C
[E. Shekelle]
Hughes R, 2005
III
E. Shekelle]
Burns TM , 2008

E

La terapia de compresión elástica ha evidenciado capacidad en la prevención de trombosis venosa profunda en enfermos de alto riesgo. Cuando esta capacidad se compara con métodos de profilaxis que utilizan heparina o ácido acetil-salicílico asociados a terapia de compresión elástica, se logra una mayor efectividad que cuando se utilizan únicamente medicamentos.

A,B,C,
Grupo de trabajo sobre terapéutica de compresión del Capítulo de Flebología de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascul. Guías de calidad asistencial en la terapéutica de compresión en la patología venosa y linfática. Recomendaciones basadas en la evidencia clínica, 2003

R

Se recomienda el uso de medias elásticas, de compresión 18-21 mmHg, hasta la normal deambulación durante el período de falta de movilidad voluntaria.

A,B,C,
Grupo de trabajo sobre terapéutica de compresión del Capítulo de Flebología de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascul. Guías de calidad asistencial en la terapéutica de compresión en la patología venosa y linfática. Recomendaciones basadas en la evidencia clínica, 2003

4.1.3.2.3 APOYO VENTILATORIO

Evidencia / Recomendación

E

La función neuromuscular respiratoria se ve comprometida entre el 30 y 51% de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré.

Nivel / Grado

III
[E. Shekelle]
Lawn N, 2001

E

Un estudio de 95 niños con síndrome de Guillain-Barré reportó que el 13% de los casos requirió de ventilación mecánica.

III
[E. Shekelle]
Korinthenberg R, 2007

E

Es posible que, en el paciente con síndrome de Guillain-Barré la neuropatía avance rápidamente y precise de intubación y ventilación mecánica en las primeras 24 horas del inicio de los síntomas de la enfermedad.

III
[E. Shekelle]
Newswagner D, 2004

R

Se recomienda que todos los pacientes con síndrome de Guillain-Barré se hospitalicen para vigilancia de compromiso respiratorio, disfunción de pares craneales e inestabilidad hemodinámica.

C
[E. Shekelle]
Newswagner D, 2004

E

En un estudio multicéntrico, se identificaron seis predictores de ventilación mecánica para pacientes con síndrome de Guillain-Barré:

1. Tiempo entre el inicio de los síntomas y la admisión menor a 7 días (OR: 2.51, IC95%: 1.68-3.77)
2. Incapacidad para toser (OR: 9.09, IC95%: 4.00-20.00)
3. Incapacidad para pararse (OR: 2.53, IC95%: 1.4-3.3)
4. Incapacidad para levantar los codos (OR 2.99, IC95%: 1.8-4.97)
5. Incapacidad para levantar la cabeza (OR: 4.34, IC95%: 2.7-6.66)
6. Aumento en las enzimas hepáticas (OR 2.09, IC95%: 1.38-3.17)

IIb
[E. Shekelle]
Sharshar T, 2003

E

Al evaluar las pruebas de función respiratoria se encontró que los factores predictores de intubación fueron:

- Capacidad vital forzada <20ml/kg
- Presión inspiratoria máxima <30 cm H2O
- Presión espiratoria máxima < 40 cm H2O
- Reducción de más del 30% en la capacidad vital

IIb
[E. Shekelle]
Lawn, 2001

E

En pacientes con síndrome de Guillain-Barré la necesidad de ventilación mecánica es un evento frecuente que requiere de monitorización continua de la función respiratoria. Esperar la presencia de disnea, cianosis o paro respiratorio para realizar la intubación, no disminuye la necesidad ni el tiempo de ventilación mecánica, en cambio, constituye un riesgo para presentar encefalopatía hipóxica por lo que se debe

III
[E. Shekelle]
Widjkins E, 2003

tener en consideración la intubación temprana.



La necesidad de intubación y retiro de la ventilación mecánica será de acuerdo a las características clínicas del paciente, al criterio del médico y las pruebas de función respiratoria seriadas, en caso de contar con ellas.

B
[E. Shekelle]
Sharshar T, 2003
B
[E. Shekelle]
Lawn, 2001
C
[E. Shekelle]
Widjkins E, 2003

4.1.3.2.4 TRAQUEOSTOMÍA

Evidencia / Recomendación



La duración media de la ventilación mecánica en pacientes con síndrome de Guillain-Barré es variable (15 a 112 días) por lo que, postergar la realización de traqueostomía puede disminuir la exposición al riesgo del procedimiento.

Nivel / Grado

III
[E. Shekelle]
Hughes R, 2005
III
[E. Shekelle]
Fernández-Pérez E, 2006



No se conocen factores que indiquen la necesidad de ventilación mecánica prolongada en pacientes con síndrome de Guillain-Barré. En un estudio de pacientes sometidos a traqueostomía no se demostró diferencia en la mortalidad ni en el tiempo de estancia en la unidad de cuidados intensivos.

III
[E. Shekelle]
Fernández-Pérez E, 2006
III
[E. Shekelle]
Wijdicks E, 1999



La realización de traqueostomía debe postergarse durante las 2 primeras semanas de la intubación; si las pruebas de función respiratoria no muestran datos de mejoría se recomienda realizarla, si existen datos de recuperación es recomendable posponer el procedimiento una semana adicional.

C
[E. Shekelle]
Hughes R, 2005
C
[E. Shekelle]
Fernández-Pérez E, 2006
C
[E. Shekelle]
Fernández-Pérez E, 2006



Se prefiere el uso de traqueostomía percutánea en los centros con experiencia en su realización.

Buena Práctica

4.1.4 ACCIONES DE SALUD COMUNITARIA.

Evidencia / Recomendación



Todo caso de parálisis flácida aguda en población menor de 15 años de edad será considerado como un posible caso de poliomielitis; por tanto, las acciones de bloqueo vacunal deberán realizarse de forma inmediata de conformidad a la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994 para la vigilancia epidemiológica, que consiste en:

- 1.- Notificación inmediata del caso
- 2.- Toma de muestra para cultivo viral
- 3.- Acciones de vacunación dentro de las primeras 72 horas. (Ver definiciones operativas)



Se recomienda verificar que se llevaron a cabo las acciones de bloqueo vacunal en los menores de 15 años con parálisis flácida aguda que procedan de una clínica o de otro hospital. En caso contrario realizar dichas acciones.

Nivel / Grado

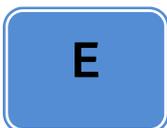
D
[E. Shekelle]
Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002.

IV
[E. Shekelle]
Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002.

4.2 PREVENCIÓN TERCIARIA

4.2.1 PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

Evidencia / Recomendación



La rehabilitación supone una diferencia medible y significativa en el estado funcional y debería ofrecerse a todos los pacientes con síndrome de Guillain-Barré.



Aproximadamente el 40% de los pacientes hospitalizados por síndrome de Guillain-Barré requieren rehabilitación intrahospitalaria.

Nivel / Grado

III
[E. Shekelle]
Caroll A, 2003

III
[E. Shekelle]
Prasad R, 2001

R

Se recomienda que todos los pacientes con síndrome de Guillain-Barré sean valorados por un médico de medicina física y rehabilitación para establecer un programa de rehabilitación en forma temprana.

C
[E. Shekelle]
Caroll A, 2003

✓/R

Es recomendable que los familiares reciban entrenamiento acerca las medidas de rehabilitación para que lleven a cabo 3 sesiones al día con el paciente

C
[E. Shekelle]
Prasad R, 2001

✓
Buena Práctica

E

La fisioterapia pulmonar contribuye a minimizar complicaciones como neumonía o atelectasia durante la ventilación mecánica y después de la extubación.

III
[E. Shekelle]
Melillo EM, 1998

R

Es recomendable establecer medidas de fisioterapia pulmonar (ejercicios respiratorios, percusión, vibración, movilización torácica, drenaje postural) durante la hospitalización del paciente con síndrome de Guillain-Barré.

C
[E. Shekelle]
Melillo EM, 1998

E

En un programa de rehabilitación se indica:

- Uso de mesa inclinable en quienes presenten disautonomías
- Protocolo de movilización progresiva que incluye actividades para mejorar la movilidad en la cama, en posición sedente y técnicas de transferencia (cama a silla) con o sin asistencia

III
[E. Shekelle]
Khan F, 2004

E

La terapia física incluye un programa de movilidad basado en:

- Mantenimiento de la postura y alineación corporal
- Mantenimiento de los arcos de movilidad articular
- Prevención de contracturas en tobillos
- Mejoría de la resistencia
- Fortalecimiento de grupos musculares.
- Programa de ambulación progresiva que inicia con las técnicas de movilidad en cama y el uso de silla de ruedas hasta que el paciente deambula con auxiliares de la marcha

III
[E. Shekelle]
Khan F, 2004

E

La fisioterapia es útil para evitar contracturas y favorecer la movilidad.

III
[E. Shekelle]
Hadden RD, 2003

R

Se recomiendan las siguientes medidas de rehabilitación:

- Actividades dirigidas a mejorar la movilidad en cama incluyendo la alineación de segmentos corporales y evitando zonas de presión (donas, colchón de aire). Entrenamiento de transferencias
- Mesa inclinable en forma gradual y progresiva (en caso de contar con el recurso)
- Ejercicios pasivos a tolerancia a las 4 extremidades para mantener los arcos de movimiento; en cuanto inicie movilidad voluntaria emplear ejercicios activos asistidos; en cuanto sea posible ejercicios activos libres
- Férulas en posición neutra para tobillos
- Férulas en posición anatómica para mano
- Ejercicios de resistencia progresiva en forma manual o mediante equipos específicos
- Entrenamiento para el desplazamiento en silla de ruedas
- Ejercicios tendientes a favorecer la bipedestación e inicio de la marcha
- Reeducción de la marcha

C
[E. Shekelle]
Khan F, 2004
C
[E. Shekelle]
Hadden RD, 2003

✓/R

- Si no se cuenta con mesa inclinable realizar variaciones en la posición de la cama con inclinación progresiva de la cama a tolerancia del paciente

✓
Buena Práctica

E

La terapia ocupacional en el paciente con síndrome de Guillain-Barré comprende el entrenamiento de las actividades de la vida diaria como higiene oral y general, alimentación y vestido.

III
[E. Shekelle]
Khan F, 2004

R

Se recomienda llevar a cabo el entrenamiento de las actividades de la vida diaria con las adaptaciones necesarias para cada caso.

C
[E. Shekelle]
Khan F, 2004

E

La evaluación de la medida de independencia funcional (MIF) se ha adoptado como un conjunto de datos para evaluar el progreso en la rehabilitación.

III
[E. Shekelle]
Prasad R, 2001

R

Se recomienda evaluar el progreso de la terapia de rehabilitación mediante la escala de la MIF (Ver Anexo 6.3; Cuadro V).

C
[E. Shekelle]
Prasad R, 2001

E

Un escenario común para el síndrome de Guillain-Barré severo es: rehabilitación intrahospitalaria por un periodo de 3 a 6 semanas seguido de un programa de rehabilitación ambulatorio y en casa por 3 a 4 meses.

III
[E. Shekelle]
Khan F, 2004

E

Los pacientes ingresados a una unidad de rehabilitación dentro de la primera semana de recuperación, que después de un programa de rehabilitación de 3 a 4 semanas presentan progreso, son egresados para continuar con un programa de ejercicios en casa con 2 a 3 sesiones a la semana de terapia física con movilizaciones activas y reforzamiento muscular durante 4 a 10 semanas.

III
[E. Shekelle]
Mhandi L, 2007

R

Después de la terapia de rehabilitación hospitalaria es recomendable continuar con un programa de rehabilitación ambulatorio y posteriormente a nivel domiciliario acorde a las necesidades de cada caso.

C
[E. Shekelle]
Mhandi L, 2007

4.3 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

4.3.1 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE REFERENCIA

4.3.1.1 CRITERIOS DE REFERENCIA A TERCER NIVEL

Evidencia / Recomendación



Los pacientes con sospecha de síndrome de Guillain-Barré deben trasladarse en condiciones adecuadas de estabilidad ventilatoria, cardíaca y hemodinámica.

Nivel / Grado

✓
Buena Práctica



Se recomienda que todos los pacientes con sospecha de síndrome de Guillain-Barré sean referidos al hospital más cercano en tiempo y distancia que cuente con apoyo ventilatorio adecuado

✓
Buena Práctica



Se recomienda referir a tercer nivel de atención a los pacientes con alta sospecha o con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré, cuando no se cuente con las medidas de tratamiento específico de la enfermedad (inmunoglobulina o plasmaféresis).

✓
Buena Práctica



Los indicadores de mal pronóstico en el síndrome de Guillain-Barré son los siguientes:

- Edad mayor de 65 años
- Necesidad de ventilación mecánica
- Progresión rápida de la enfermedad
- Antecedente de infección por *Campylobacter jejuni* o citomegalovirus
- Evidencia electrofisiológica de degeneración axonal

III
[E. Shekelle]
Hiraga A, 2003



Criterios de admisión del paciente con con SGB en la Unidad de Cuidados Intensivos:

- Capacidad vital inferior a 12 mL/kg
- Capacidad vital inferior a 18-20 mL/kg, acompañada de signos de fatiga diafragmática, incluyendo taquipnea, diaforesis y respiración paradójica
- Tos escasa, tendencia a acumular secreciones en vías respiratorias, neumonía por aspiración

III
[E. Shekelle]
Tellería-Díaz, 2002

- Debilidad progresiva asociada a trastornos para la deglución
- Trastornos autonómicos mayores (fluctuaciones amplias de la tensión arterial y del pulso, arritmias, bloqueo cardíaco, edema pulmonar, íleo paralítico)
- Hipotensión precipitada por la plasmaféresis, o cuando se intenta realizar plasmaféresis en pacientes inestables
- Sepsis o neumonía
- Dolor torácico



Se recomienda ingresar a la unidad de cuidados intensivos a pacientes con síndrome de Guillain-Barré grave en los siguientes casos:

- Trastornos autonómicos mayores (fluctuaciones amplias de la tensión arterial y del pulso, arritmias, bloqueo cardíaco, edema pulmonar, íleo paralítico)
- Hipotensión precipitada por la plasmaféresis, o cuando se intenta realizar plasmaféresis en pacientes inestables
- Sepsis o neumonía
- Cuadro clínico de rápida instalación

C
[E. Shekelle]
Tellería-Díaz, 2002

Buena Práctica

4.3.2 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE CONTRARREFERENCIA

4.3.2.1 CONTRARREFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

4.3.2.2 CONTRARREFERENCIA AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación

Se recomienda contrarreferencia a primer nivel de atención a los pacientes con síndrome de Guillain-Barré cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- No exista evidencia de progresión de la enfermedad
- No se requiera de ventilación mecánica ni de monitorización continua
- El sistema de alimentación enteral sea funcional
- No exista proceso infeccioso activo



Nivel / Grado

✓
Buena Práctica



Se recomienda que los pacientes adultos con síndrome de Guillain-Barré sean contrarreferidos al segundo nivel de atención cuando requieran de ventilación mecánica durante más de 2 semanas. En el caso de los pacientes pediátricos se recomienda la referencia a segundo nivel, a partir de las cuatro semanas de evolución de la enfermedad. En ambos casos se sugiere que sean contrarreferidos cuando cuenten con traqueostomía, no existan datos de inestabilidad hemodinámica y el sistema de alimentación enteral sea funcional.

✓
Buena Práctica

4.4 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Evidencia / Recomendación



Los pacientes con síndrome de Guillain-Barré pueden presentar disautonomias como:

- Bradicardia (con riesgo de evolucionar a asistolia)
- Crisis de hipertensión o hipotensión
- Alteraciones hidroelectrolíticas (hiponatremia e hipocalemia)
- Aumento en las secreciones bronquiales por disfunción de los cilios respiratorios

Nivel / Grado

III
[E. Shekelle]
Hughes R, 2005



Se recomienda la monitorización de la frecuencia cardíaca, presión arterial sistémica y balance hidroelectrolítico en los pacientes con síndrome de Guillain-Barré moderado o grave. En los casos que presenten anomalías respiratorias se recomienda aspirar las secreciones bronquiales frecuentemente.

C
[E. Shekelle]
Hughes R, 2005



El 50% de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré desarrollarán disautonomias, las más frecuentes son ileo y alteraciones vesicales.

III
[E. Shekelle]
Hughes R, 2005

E	La colocación de sonda nasogástrica ha mostrado utilidad para el manejo del íleo. Los procinéticos están contraindicados en los pacientes que presentan disautonomias.	III [E. Shekelle] Hughes R, 2005
E	Los pacientes con alteraciones vesicales se benefician con la colocación de sonda vesical tipo Foley o Nelaton.	III [E. Shekelle] Hughes R, 2005
R	Para el tratamiento del íleo se recomienda instalar sonda nasogástrica.	C [E. Shekelle] Hughes R, 2005
R	Si se presenta globo vesical y retención urinaria se deberá colocar sonda vesical tipo Foley o Nelaton.	C [E. Shekelle] Hughes R, 2005
✓/R	Se recomienda la monitorización y vigilancia de la uresis, peristalsis, distensión vesical y perímetro abdominal, para detectar oportunamente la presencia de íleo o retención urinaria.	✓ Buena Práctica
✓/R	Se recomienda valorar y en su caso proporcionar apoyo nutricional a partir de las primeras 72 horas del inicio de la enfermedad.	✓ Buena Práctica

4.5 TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E	El tiempo de la incapacidad se establece conforme a las condiciones clínicas durante y después del evento neurológico, así como al tipo de trabajo que realiza. En algunos pacientes, el tiempo de incapacidad puede ser permanente, debido a las secuelas de la enfermedad.	IV [E. Shekelle] MDAI, 2006
---	--	-----------------------------------

E

La MDA sugiere el tiempo de la incapacidad (días), en tres rangos (incapacidad: mínima, óptima, y máxima):

Trabajo	Mínima	Óptima	Máxima
Sedentario	42	84	Indefinida
Ligero	42	84	Indefinida
Medio	42	112	Indefinida
Pesado	56	112	Indefinida
Muy pesado	56	168	Indefinida

IV
[E. Shekelle]
MDAI, 2006

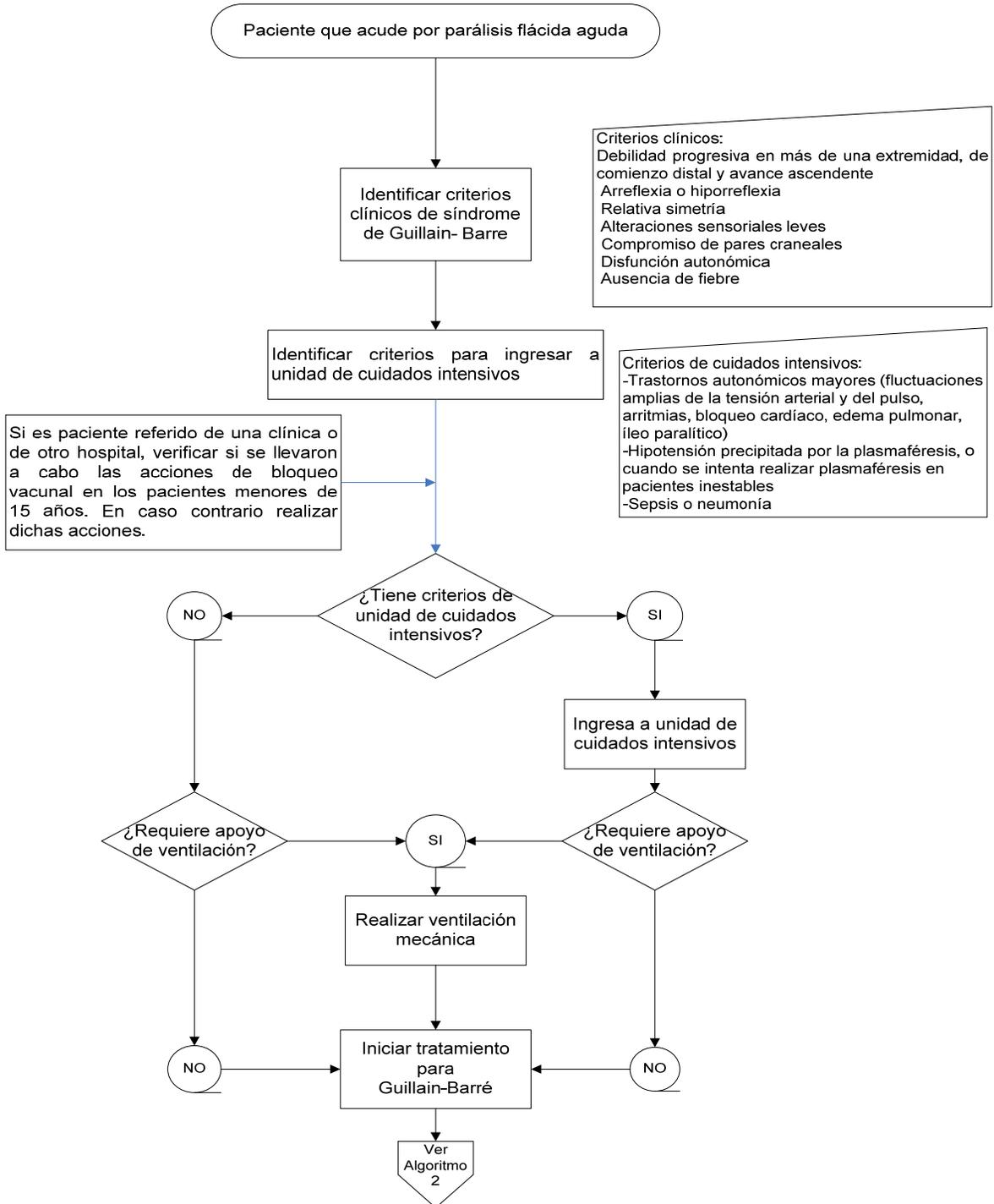
R

Se recomienda proporcionar incapacidad laboral cada 28 días, evaluar al paciente al término de la misma para determinar si se requiere expedir incapacidad subsecuente o si es posible que se reintegre al ámbito laboral.

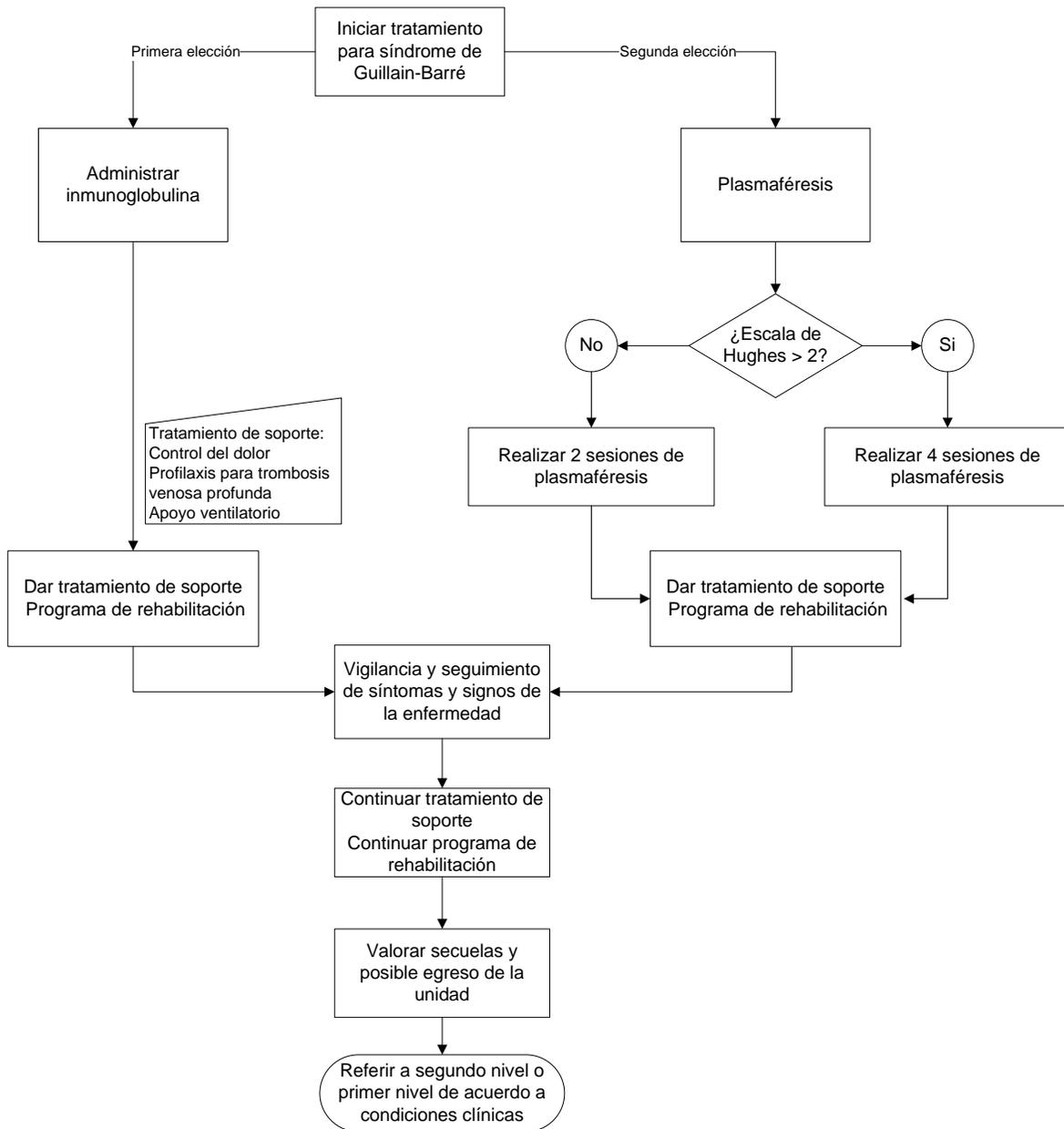
D
[E. Shekelle]
MDAI, 2006

ALGORITMOS

ALGORITMO 1. CONDUCTA DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA INICIAL DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ



ALGORITMO 2. TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ



5. DEFINICIONES OPERATIVAS

Anhidrosis: ausencia de sudoración.

Axonotmesis: lesión de nervio caracterizada por la interrupción del axón y su vaina de mielina, pero conservando parcialmente intactos los envoltorios conectivos (endoneuro, perineuro, epineuro). Se produce degeneración (Walleriana) del axón distal al sitio de la lesión.

BiPAP: Modalidad de ventilación no invasiva que proporciona una presión positiva en la vía aérea bifásica (Presión positiva inspiratoria y presión positiva espiratoria)

Bloqueo vacunal: consiste en : 1)Notificación inmediata del caso 2)Toma de muestra para cultivo viral 3)Acciones de vacunación dentro de las primeras 72 horas: vacunación antipoliomielitis de todos los susceptibles en un cuadro de 49 manzanas, con centro en la manzana del caso índice y tres manzanas en dirección de cada punto cardinal.

Carne en canal: es el cuerpo de la res al cual se le ha retirado, durante su beneficio, la piel, las manos, las patas y las vísceras.

Capacidad vital forzada: volumen medido en una exhalación forzada posterior a una inhalación forzada.

Deficiencia: déficit en el funcionamiento, la pérdida o anomalía de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental.

Desmielinización: proceso patológico que afecta a las vainas miélicas de las fibras nerviosas. Se observa frecuentemente en la patología del sistema nervioso.

Disautonomias: se refiere a las alteraciones autonómicas en pacientes con SGB como: arritmias cardíacas, íleo paralítico, disfunción vesical –fundamentalmente retención urinaria al inicio de la enfermedad–, modificaciones del electrocardiograma, parálisis de la acomodación, hipertensión transitoria, disminución de la sudación e hipotensión profunda.

Discapacidad: limitación en la actividad referida a las dificultades en la ejecución calificadas en distintos grados que supongan una desviación importante en cantidad y calidad en relación en una persona sin alteración de salud.

Disestesia: Disminución o incremento en la sensibilidad.

Electroneuromiografía: estudio electrofisiológico que incluye el análisis de la conducción nerviosa sensorial y motora (neurografía) y la evaluación de la actividad eléctrica muscular (miografía)

Enfermedad autoinmune: acción de los efectores inmunológicos hacia componentes de la propia biología corporal. En este caso el sistema inmunitario se convierte en el agresor atacando estructuras corporales.

Estudio electrofisiológico: es un examen que permite realizar estudios de conducción nerviosa y evaluar la condición muscular.

Fase de meseta: Periodo en el curso de la enfermedad que se caracteriza por no presentar mayor deterioro clínico.

Fisioterapia: Conjunto de técnicas manuales o mecánicas, aplicadas sobre un paciente con el objeto de tratar o rehabilitar una disfunción física.

Gangliósidos: son glucolípidos con cabezas polares muy grandes formadas por unidades de oligosacáridos cargados negativamente con una o más unidades de ácido N-acetilneuramínico o ácido siálico que tiene una carga negativa a pH 7.

Están concentrados en gran cantidad en las células ganglionares del sistema nervioso central, especialmente en las terminaciones nerviosas.

Hiperhidrosis: sudoración excesiva

Hipersalivación: producción excesiva de saliva.

Intubación endotraqueal: la colocación de un tubo a través de la tráquea para mantener permeable la misma y permitir la aspiración de secreciones y la ventilación mecánica.

Mimetismo: es la semejanza que existe entre un antígeno de un microorganismo con antígenos de un organismo pluricelular.

Nadir: punto de mayor deterioro en el curso de la enfermedad. (historia natural de la enfermedad)

Neuropraxia: condición que resulta de una contusión, compresión o isquemia, se produce falla o pérdida de la conducción nerviosa, sin poderse demostrar daño estructural del nervio. No hay degeneración Walleriana. Como única alteración microscópica podría encontrarse fragmentación de la vaina de mielina en relación a la zona traumatizada.

Neurotmesis: Cualquier lesión del nervio (parcial o completa) con interrupción del axón y su vaina de mielina. El daño de los elementos de tejido conectivo consiste en una sección anatómica completa o parcial o bien fibrosis intraneural.

Papiledema: tumefacción de la papila del nervio óptico

Parálisis flácida aguda: Afección de inicio rápido caracterizada por debilidad muscular en las extremidades, afectando en ocasiones a los músculos de la respiración y/o a las estructuras anatómicas dependientes del tronco del encéfalo. El término flácida se refiere a la ausencia de espasticidad o de otros signos de trastorno motor dependiente de la primera motoneurona tales como hiperreflexia, clonus o respuesta plantar extensora.

Parestesia: sensación anormal erróneamente localizada que afecta la sensibilidad general u otra modalidad sensorial

Plasmaféresis: técnica que consiste en separar el plasma de las células sanguíneas mediante el uso de una membrana de filtración o centrifugación. Las células sanguíneas son transfundidas al paciente en el mismo momento en que el plasma es removido. Para mantener el volumen y el equilibrio osmótico, estas se mezclan con albúmina en gelatina o plasma fresco. La plasmaféresis tiene restricciones y morbilidad significativas. Se necesitan dispositivos y equipo humano específico y entrenado en el uso de circulación extracorpórea. La eficacia clínica depende de muchos factores que incluyen el volumen de la plasmaféresis, el número y frecuencia de las sesiones, el tipo de solución a reponer, y la técnica de separación

Pleocitosis: Incremento en la cantidad de células en líquido cefalorraquídeo.

Presión inspiratoria máxima: máxima presión generada durante la inspiración mediante una pieza bucal a la vez que se ocluye la nariz.

Presión espiratoria máxima: máxima presión generada durante la espiración

Pupila tónica: Dilatación pupilar sin presentar constricción a la estimulación luminosa.

Rehabilitación: conjunto de técnicas y métodos que sirven para recuperar una función o actividad del cuerpo que ha disminuido o se ha perdido a causa de un traumatismo o de una enfermedad.

Taquicardia: frecuencia cardíaca mayor a 2 DE de la media para la edad en ausencia de estímulos externos, medicamentos o dolor; o una elevación persistente inexplicable de la frecuencia cardíaca por un periodo de al menos 30 min. (> 100 latidos por min en adultos).

Taquipnea: frecuencia respiratoria arriba de dos desviaciones estándar de la media para la edad (> 20 por min en adultos)

Traqueostomía: procedimiento quirúrgico realizado con el objeto de crear una abertura dentro de la tráquea a través de una incisión en el cuello con la inserción de un tubo o cánula para facilitar el paso del aire a los pulmones.

Traqueostomía percutánea: técnica de traqueostomía mediante la cual se inserta un tubo endotraqueal a través de una pequeña abertura que mediante dilatadores se amplía hasta tener el calibre deseado.

Ventilación mecánica: todo procedimiento de respiración artificial que emplea un aparato para suplir o colaborar con la función respiratoria de una persona de forma que mejore la oxigenación

6. ANEXOS

6.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas según el esquema paciente-intervención-comparación-resultado (PICO) sobre diagnóstico y tratamiento del síndrome de Guillain-Barré.

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC), a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre diagnóstico y tratamiento del síndrome de Guillain Barré en las siguientes bases de datos: Fisterra, Guidelines Internacional Networks, Practice Guideline, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

El grupo de trabajo buscó las guías de práctica clínica con los siguientes criterios:

- Idioma inglés y español
- Metodología de medicina basada en la evidencia
- Consistencia y claridad en las recomendaciones
- Publicación reciente
- Libre acceso

No se encontraron guías relacionadas al síndrome de Guillain-Barré, se utilizó una guía sobre la terapéutica de compresión elástica en el apartado de tratamiento de soporte:

1. Grupo de trabajo sobre terapéutica de compresión del Capítulo de Flebología de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculat. Guías de calidad asistencial en la terapéutica de compresión en la patología venosa y linfática. Recomendaciones basadas en la evidencia clínica. Angiología 2003; 55 (2): 123-180.

Para las recomendaciones, el proceso de búsqueda se llevo a cabo en Pubmed y Cochrane Library Plus utilizando los términos y palabras claves: diagnosis, treatment, Guillain-Barré síndrome, mechanical ventilation, electrodiagnostic, clinical aspect, long-term functional, outcome, quality of life, electrophysiology, GBS subtypes, CSF distinction, length of stay.

La búsqueda se limitó a revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos controlados en idioma inglés y español, publicados a partir del 2000.

En caso de controversia de la información y resultados reportados en los estudios, las diferencias se discutieron en consenso y se empleo el formato de juicio razonado para la formulación de recomendaciones; las cuales recibieron la consideración de buena práctica u opinión basada en la experiencia clínica y alcanzada mediante consenso.

6.2 SISTEMAS DE NIVELES DE EVIDENCIAS Y GRADACIÓN DE RECOMENDACIONES

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de Sackett, “la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales” (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero et al, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se describen las escalas de evidencia para las referencias utilizadas en esta guía y de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

CUADRO I. LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II

IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III
---	---

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-659

CUADRO III. ESCALA DE GRADACIÓN DE LA EVIDENCIA DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE TERAPÉUTICA DE COMPRESIÓN DEL CAPÍTULO DE FLEBOLOGÍA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR.

Los estudios se han seleccionado de acuerdo a los niveles de evidencia (A, B y C) expresados en la tabla	
Nivel de evidencia	Categoría de los estudios
Alta (A)	1. Estudios clínicos aleatorizados, con una casuística amplia y seguimiento superior a 1 año 2. Metanálisis
Media (B)	1. Estudios clínicos no aleatorizados 2. Estudios de experimentación básica
Baja (C)	1. Estudios observacionales de baja casuística 2. Artículos de revisión de sociedades científicas 3. Opiniones y recomendaciones de expertos

Grupo de Trabajo sobre Terapéutica de Compresión del Capítulo de Flebología de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular. Guías de Calidad Asistencial en la Terapéutica de Compresión en la Patología Venosa y Linfática. Recomendaciones Basadas en la Evidencia Clínica. Angiología 2003; 55 (2): 123-180.

6.3 ANEXOS CLÍNICOS

CUADRO I. MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ASBURY CORNBLATH Y MODIFICADOS POR ROPPER
<p>Síntomas típicos:</p> <p>a) Debilidad muscular o pérdida de la función muscular (parálisis) con las siguientes variables:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La debilidad comienza en los pies y las piernas y puede progresar hacia arriba hasta los brazos y la cabeza 2. Puede empeorar rápidamente entre 24 y 72 horas 3. Puede comenzar en los brazos y progresar hacia abajo 4. Puede ocurrir en los brazos y las piernas al mismo tiempo 5. Puede ocurrir únicamente en los nervios craneanos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Criterios requeridos para el diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • Debilidad progresiva en más de una extremidad • Arreflexia o hiporreflexia osteotendinosa 2. Hallazgos que apoyan fuertemente el diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • Progresión de los síntomas hasta un máximo de cuatro semanas • Simetría relativa de los síntomas (la simetría absoluta es rara, pero si un miembro está afectado, es muy probable que el otro también lo esté en mayor o menor grado) • Síntomas o signos sensitivos ligeros

<p>6. En los casos leves, es posible que no ocurra ni la parálisis ni la debilidad</p> <p>b) Falta de coordinación</p> <p>c) Cambios en la sensibilidad</p> <p>d) Entumecimiento, disminución de la sensibilidad</p> <p>e) Sensibilidad o dolor muscular (puede ser similar al dolor por calambres)</p> <p>Síntomas adicionales:</p> <p>a) Visión borrosa</p> <p>b) Dificultad para mover los músculos de la cara</p> <p>c) Torpeza y caídas</p> <p>d) Palpitaciones (sensación táctil de los latidos del corazón)</p> <p>e) Contracciones musculares</p> <p>Síntomas de emergencia en donde se debe buscar ayuda médica inmediata:</p> <p>a) Dificultad para deglutir</p> <p>b) Sialorrea</p> <p>c) Dificultad respiratoria</p> <p>d) Ausencia temporal de la respiración</p> <p>e) Incapacidad para respirar profundamente</p> <p>f) Lipotimias</p> <p>d) Palpitaciones (sensación táctil de los latidos del corazón)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Afectación de nervios craneales, especialmente parálisis facial bilateral • Comienzo de la recuperación entre 2-4 semanas después de cesar la progresión • Disfunción autonómica • Ausencia de fiebre al inicio de la enfermedad • Elevación de la concentración de proteínas en el líquido cefalorraquídeo, con menos de 10 células/mm³ <p>Hallazgos típicos en los estudios neurofisiológicos</p> <p>3. Hallazgos dudosos para el diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de un nivel sensitivo • Marcada o persistente asimetría de los síntomas o de los signos • Disfunción esfinteriana persistente y grave • Más de 50 células/mm³ en el líquido cefalorraquídeo <p>4. Hallazgos que excluyen el diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de botulismo, miastenia grave, poliomielitis o neuropatía tóxica • Trastornos en el metabolismo de las porfirinas • Difteria reciente • Síndrome sensitivo puro sin debilidad
---	--

Elaborado a partir de los datos de:

Acosta MI, Cañizá MJ, Romano MF, Mateo AE. Síndrome de Guillain-Barré. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina 2007;16:15-18.

Tellería-Díaz A, Calzada-SierraDJ. Síndrome De Guillain-Barré. Rev Neurol 2002; 34 (10): 966-976.

CUADRO II. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO. HOSPITAL DEL NIÑO. 1990-2004

Síntomas Absoluto	(n= 17)	%
Hiporreflexia osteotendinosa	15	88,2
Debilidad en extremidades	15	88,2
Dolor en extremidades	10	58,8
Ataxia	5	29,4
Parestesia	3	17,6
Cefalea	2	11,8
Mareo	2	11,8
Dolor lumbar	1	5,9
Debilidad facial	1	5,9
Falla respiratoria	1	5,9
Taquicardia sinusal	1	5,9
Anormalidad en sudoración	1	5,9
Hipertensión	1	5,9
Hipotensión	1	5,9

Brin JR, Correa RR, Gómez LA, Moreno-Ríos JA, Rubin J. Síndrome de Guillain-Barré: epidemiología, diagnóstico y manejo en niños hospital del niño, panamá. CIMEL 2006;11(1):9-12.

CUADRO III. CLASIFICACIÓN DE HUGHES MODIFICADA PARA LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD.

Grado 1	Signos y síntomas menores.
Grado 2	Capaz de caminar cinco metros a través de un espacio abierto sin ayuda.
Grado 3	Capaz de caminar cinco metros en un espacio abierto con ayuda de una persona caminando normal o arrastrando los pies.
Grado 4	Confinado a una cama o silla sin ser capaz de caminar.
Grado 5	Requiere asistencia respiratoria.
Grado 6	Muerte.

Hughes RA, Richard A. C.1 Anthony V. Swan,¹ Jean-Claude Raphael,² Djillali Annane,² Rinske van Koningsveld³ and Pieter A. van Doorn. Immunotherapy for Guillain-Barre syndrome: a systematic review. Brain 2007;130:2245-2257.

CUADRO IV. VALORES DE REFERENCIA DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

Parámetro	Valores de Referencia	
	Niño mayor de 1 mes de edad	Adulto
Glucosa	32-121mg/dl	50-80 mg/dl ó 60-80% del valor en suero
Relación glucosa sangre/glucosa líquido cefalorraquídeo	0.44-1.28	-----
Proteínas	20-170mg/dl	20-40 mg/dl
Leucocitos	menor o igual a 30 células/ml	menor o igual a 5 células/ml
% de Polimorfonucleares	2-3%	1-3%

Oski FA. Principles and Practice of Pediatrics, 2nd edn. Philadelphia: JB Lippincott; 1994

Zaidat O, Lerner A. El pequeño libro negro de neurología. 4ª ed. Madrid España: Mosby Inc., and Elsevier Imprint; 2003.

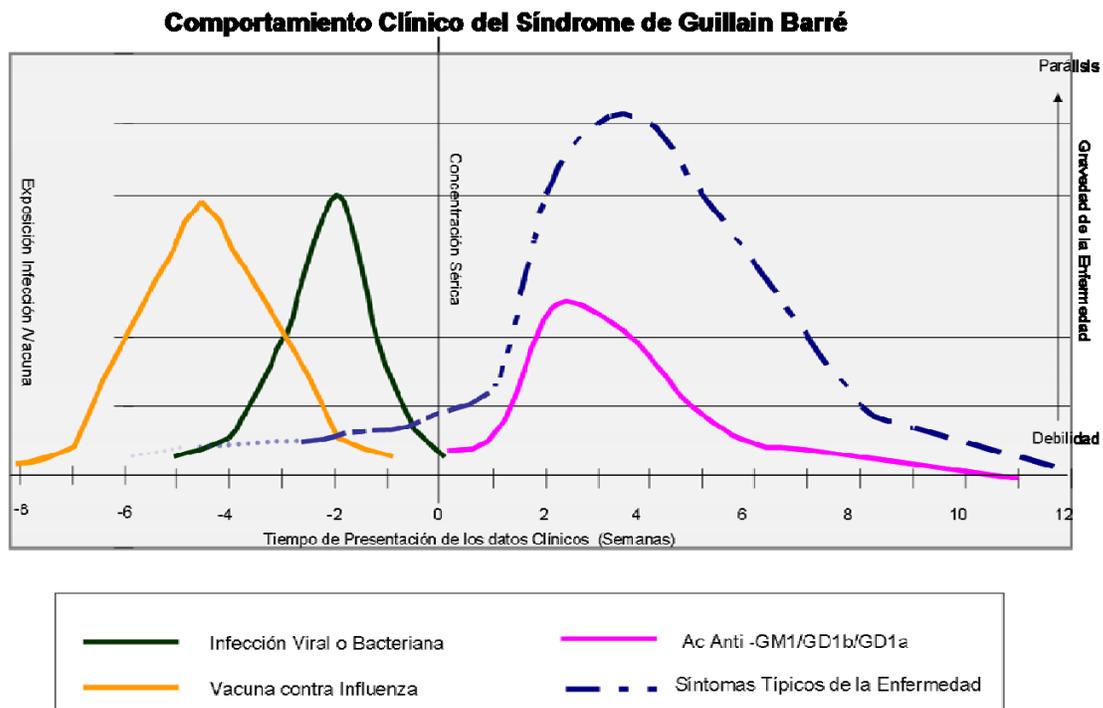
CUADRO V. MEDIDA DE LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

SECCION MOTORA	Valoración inicial	Valoración final
Cuidados Personales		
A. Alimentación		
B. Aseo Personal		
C. Baño		
D. Vestido: parte superior		
E. Vestido: parte inferior		
F. Aseo Perineal		
Total sección		
Control de Esfínteres		
G. Manejo Vesical		
H. Manejo Intestinal		
Total sección		
Movilidad		
I. Transferencias: cama, silla, silla de ruedas		
J. Traslados baño		
K. Traslados tina o ducha		

	Total sección			
Locomoción				
L. Locomoción				
M. Escalera				
	Total sección			
TOTAL SECCIÓN MOTORA				
SECCIÓN MENTAL				
Comunicación				
N. Comprensión				
O. Expresión				
	Total sección			
Conciencia del Mundo Exterior				
P. Interacción Social				
Q. Resolución de Problemas				
R. Memoria				
	Total sección			
TOTAL SECCIÓN MENTAL				
TOTAL ESCALA FIM				

Elaborado a partir de los datos de: Prasad R, Hellawell DJ, Pentland B. Usefulness of the Functional Independence Measure FIM, its subscales and individual items as outcome measures in Guillain Barre síndrome. *International Journal of Rehabilitation Research* 2001;24: 59-64

FIGURA 1. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD



Fuente: Adaptada de van Doorn Pieter A, Ruts Liselotte, Bart C Jacobs. Clinical features, pathogenesis, and treatment of Guillain-Barré syndrome. *Lancet Neurol* 2008; 7: 939-50

6.4 MEDICAMENTOS

CUADRO I. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
4026	Buprenorfina	150-300 mcg IV cada 6hs	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada ampolleta o frasco ampola contiene: Clorhidrato de buprenorfina equivalente a 0.3 mg de buprenorfina. Envase con 6 ampolletas o frascos ampola con 1 ml.	_____	Sedación, mareo, cefalea, miosis, náusea, sudoración y depresión respiratoria	Con alcohol y antidepresivos tricíclicos, aumentan sus efectos depresivos. Con inhibidores de la MAO, ponen en riesgo la vida por alteración en la función del sistema nervioso central, función respiratoria y cardiovascular. Con otros opiáceos, anestésicos, hipnóticos, sedantes, antidepresivos, neurolépticos y en general con medicamentos que deprimen el sistema nervioso central, los efectos se potencian. La eficacia de la buprenorfina puede intensificarse (inhibidores) o debilitarse (inductores). del CYP 3A4	Hipersensibilidad al fármaco, hipertensión intracraneal, daño hepático o renal, depresión del sistema nervioso central e hipertrofia prostática

2608	Carbamazepina	Adultos: 600 a 800 mg en 24 horas, dividida cada 8 ó 12 horas. Niños: 10 a 30 mg/ kg de peso corporal/ día, dividida cada 6 a 8 horas.	TABLETA Cada tableta contiene: Carbamazepina 200 mg Envase con 20 tabletas.	_____	Náusea, vómito, somnolencia, ataxia, vértigo, anemia aplásica, agranulocitosis	Disminuye el efecto de los anticoagulantes orales y de los anticonceptivos hormonales	Hipersensibilidad al fármaco. Glaucoma, agranulocitosis, trombocitopenia, anemia aplásica, insuficiencia renal y hepática
2164	Carbamazepina	Adultos: 600 a 800 mg en 24 horas, dividida cada 8 ó 12 horas. Niños: 10 a 30 mg/ kg de peso corporal/ día, dividida cada 6 a 8 horas.	TABLETA Cada tableta contiene: Carbamazepina 400 mg Envase con 20 tabletas.	_____	Náusea, vómito, somnolencia, ataxia, vértigo, anemia aplásica, agranulocitosis	Disminuye el efecto de los anticoagulantes orales y de los anticonceptivos hormonales	Hipersensibilidad al fármaco. Glaucoma, agranulocitosis, trombocitopenia, anemia aplásica, insuficiencia renal y hepática
2609	Carbamazepina	Niños: 10 a 30 mg/ kg de peso corporal/ día, dividida cada 6 a 8 horas.	SUSPENSIÓN ORAL Cada 5 ml contienen: Carbamazepina 100 mg Envase con 120 ml y dosificador de 5 ml.	_____	Náusea, vómito, somnolencia, ataxia, vértigo, anemia aplásica, agranulocitosis	Disminuye el efecto de los anticoagulantes orales y de los anticonceptivos hormonales	Hipersensibilidad al fármaco. Glaucoma, agranulocitosis, trombocitopenia, anemia aplásica, insuficiencia renal y hepática
5505	Celecoxib	Adultos: 200mg VO cada 12 o 24hs	CAPSULA Cada cápsula contiene: Celecoxib 100 mg Envase con 20 cápsulas.	_____	Dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, náusea, dolor lumbar, edema, cefalea, vértigo, rinitis, fariangitis y sinusitis. En menos del 2 % de los pacientes se presenta melena, hipertensión, anemia y reacciones alérgicas y en menos del 0.1 % perforación gastrointestinal, hepatitis, arritmias y daño renal.	Aumenta los efectos adversos de otros AINEs y de anticoagulantes. Contrarresta el efecto de antihipertensivos.	Hipersensibilidad al fármaco y a los antiinflamatorios no esteroideos.

5506	Celecoxib	Adultos: 200mg VO cada 12 o 24hs	CAPSULA Cada cápsula contiene: Celecoxib 200 mg Envase con 10 cápsulas.	_____	Dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, náusea, dolor lumbar, edema, cefalea, vértigo, rinitis, faringitis y sinusitis. En menos del 2 % de los pacientes se presenta melena, hipertensión, anemia y reacciones alérgicas y en menos del 0.1 % perforación gastrointestinal, hepatitis, arritmias y daño renal.	Aumenta los efectos adversos de otros AINEs y de anticoagulantes. Contrarresta el efecto de antihipertensivos.	Hipersensibilidad al fármaco y a los antiinflamatorios no esteroideos.
0107	Dextropropoxifeno	65 mg VO cada 12hs	CÁPSULA O COMPRIMIDO Cada cápsula o comprimido contiene: Clorhidrato de dextropropoxifeno 65 mg Envase con 20 cápsulas o comprimidos.	_____	Sedación, mareo, cefalea, miosis, náusea, sudoración y depresión respiratoria	Aumentan sus efectos depresivos con: alcohol y antidepresivos tricíclicos, Aumenta la concentración de: warfarina, carbamazepina, betabloqueadores, doxepina. Aumenta su concentración con ritonavir.	Hipersensibilidad al fármaco, hipertensión intracraneal, daño hepático o renal, depresión del sistema nervioso central, hipertrofia prostática, niños menores de 12 años.
3417	Diclofenaco	Adultos: 100 mg cada 24 horas. La dosis de mantenimiento se debe ajustar a cada paciente. Dosis máxima 200 mg/día.	CÁPSULA O GRAGEA DE LIBERACIÓN PROLONGADA Cada gragea contiene: Diclofenaco sódico 100 mg Envase con 20 cápsulas o grageas.	_____	Náusea, vómito, irritación gástrica, diarrea, dermatitis, depresión, cefalea, vértigo, dificultad urinaria, hematuria.	Con ácido acetil salicílico, otros AINE, anticoagulantes se incrementa los efectos adversos. Puede elevar el efecto tóxico del metrotexato lio y digoxina. Inhibe el efecto de los diuréticos e incrementa su efecto ahorrador de potasio. Altera los requerimientos de insulina e hipoglucemiantes orales.	Hipersensibilidad al fármaco, lactancia, trastornos de la coagulación, asma, úlcera péptica, insuficiencia hepática y renal, hemorragia gastrointestinal, enfermedad cardiovascular

5501	Diclofenaco	Adultos: Una ampolleta de 75 mg cada 12 ó 24 horas. No administrar por más de dos días	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada ampolleta contiene: Diclofenaco sódico 75 mg Envase con 2 ampolletas con 3 ml.	_____	Náusea, vómito, irritación gástrica, diarrea, dermatitis, depresión, cefalea, vértigo, dificultad urinaria, hematuria.	Con ácido acetil salicílico, otros AINE, anticoagulantes se incrementa los efectos adversos. Puede elevar el efecto tóxico del metrotexato litio y digoxina. Inhibe el efecto de los diuréticos e incrementa su efecto ahorrador de potasio. Altera los requerimientos de insulina e hipoglucemiantes orales.	Hipersensibilidad al fármaco, lactancia, trastornos de la coagulación, asma, úlcera péptica, insuficiencia hepática y renal, hemorragia gastrointestinal, enfermedad cardiovascular
4242	Enoxaparina	Adultos: 40 mg SC cada 24hs	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada jeringa contiene: Enoxaparina sódica 20 mg Envase con 2 jeringas de 0.2 ml.	_____	Hemorragia por trombocitopenia. Equimosis en el sitio de la inyección	Los antiinflamatorios no esteroideos y los dextranos aumentan el efecto anticoagulante, mientras la protamina lo antagoniza	Hipersensibilidad al fármaco. Endocarditis bacteriana aguda, enfermedades de coagulación sanguínea graves, úlcera gastro-duodenal activa, accidente cerebro vascular, trombocitopenia con agregación plaquetaria positiva <i>in vitro</i> , hipersensibilidad
2154	Enoxaparina	Adultos: 40 mg SC cada 24hs	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada jeringa contiene: Enoxaparina sódica 40 mg Envase con 2 jeringas de 0.4 ml.	_____	Hemorragia por trombocitopenia. Equimosis en el sitio de la inyección	Los antiinflamatorios no esteroideos y los dextranos aumentan el efecto anticoagulante, mientras la protamina lo antagoniza	Hipersensibilidad al fármaco. Endocarditis bacteriana aguda, enfermedades de coagulación sanguínea graves, úlcera gastro-duodenal activa, accidente cerebro vascular, trombocitopenia con agregación plaquetaria positiva <i>in vitro</i> , hipersensibilidad
0242	Fentanilo	Adultos: 1-1.5 mcg/kg/dosis IV cada 4-6hs Niños: Infusión continua (rango usual): 1 a 3 mcg/kg/hr	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada ampolleta o frasco ámpula contiene: Citrato de fentanilo equivalente a 0.5 mg de fentanilo. Envase con 6 ampolletas o frascos ámpula con 10 ml.	_____	Depresión respiratoria, vómito, rigidez muscular, euforia, broncoconstricción, hipotensión ortostática, miosis, bradicardia, convulsiones	Con benzodiazepinas produce depresión respiratoria. Los inhibidores de la monoamino oxidasa potencian los efectos del fentanilo	Hipersensibilidad a opioides, traumatismo craneoencefálico, hipertensión intracraneal, disfunción respiratoria

4359	Gabapentina	Adultos y niños mayores de 12 años: 300 a 600 mg cada 8 horas.	CÁPSULA Cada cápsula contiene: Gabapentina 300 mg Envase con 15 cápsulas.	_____	Ataxia, nistagmus, amnesia, depresión, irritabilidad, somnolencia y leucopenia	Puede aumentar el efecto de los depresores del sistema nervoso central, como el alcohol. Los antiácidos con aluminio o magnesio, disminuyen su biodisponibilidad	Hipersensibilidad al fármaco, valorar la necesidad de su empleo durante el embarazo y lactancia
	Gabapentina	Adultos y niños mayores de 12 años: 300 a 600 mg cada 8 horas.	Solución Oral	_____	Ataxia, nistagmus, amnesia, depresión, irritabilidad, somnolencia y leucopenia	Puede aumentar el efecto de los depresores del sistema nervoso central, como el alcohol. Los antiácidos con aluminio o magnesio, disminuyen su biodisponibilidad	Hipersensibilidad al fármaco, valorar la necesidad de su empleo durante el embarazo y lactancia
3302	Imipramina	Adultos: 25mg VO cada 8hs	GRAGEA O TABLETA Cada gragea o tableta contiene: Clorhidrato de Imipramina 25 mg Envase con 20 grageas o tabletas.	_____	Insomnio, sedación, sequedad de mucosas, mareo, estreñimiento, visión borrosa, hipotensión o hipertensión arterial, taquicardia, disuria.	Con inhibidores de la monoaminoxidasa aumentan los efectos adversos. Puede bloquear el efecto de la guanetidina y clonidina; potencia la depresión producida por el alcohol.	Hipersensibilidad al fármaco o a los antidepresivos tricíclicos.
3832	Inmunoglobulina humana normal	Niños y adultos: 2gr/kg dosis total	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada ampolleta o frasco ámpula contiene: Inmunoglobulina humana normal 330 mg Envase con un frasco ámpula o ampolleta con 2 ml.	_____	Fiebre moderada, dolor local, anafilaxia.	No administrar vacunas de virus vivos durante los 3 primeros meses después de su administración ya que puede interferir con la respuesta inmunológica.	Hipersensibilidad a componentes de la fórmula farmacéutica.

3422	Ketorolaco	Adultos: 30 mg cada 6 horas, dosis máxima 120 mg/día. El tratamiento no debe exceder de 4 días. Niños: 0.75 mg/kg de peso corporal cada 6 horas. Dosis máxima 60 mg/día. El tratamiento no debe exceder de 2 días.	SOLUCION INYECTABLE Cada frasco ampula o ampolleta contiene: Ketorolaco-trometamina 30 mg Envase con 3 frascos ampula o 3 ampolletas de 1 ml.	_____	Úlcera péptica, sangrado gastrointestinal, perforación intestinal, prurito, náusea, dispepsia, anorexia, depresión, hematuria, palidez, hipertensión arterial, disgeusia, mareo	Sinergismo con otros antiinflamatorios no esteroideos por aumentar el riesgo de efectos adversos. Disminuye la respuesta diurética a furosemida. El probenecid aumenta su concentración plasmática. Aumenta la concentración plasmática de litio.	Hipersensibilidad al fármaco o a otros analgésicos antiinflamatorios no esteroideos, úlcera péptica e insuficiencia renal y diátesis hemorrágica, postoperatorio de amigdalectomía en niños, uso preoperatorio.
3407	Naproxen	Adultos: 500 a 1500 mg en 24 horas.	TABLETA Cada tableta contiene: Naproxeno 250 mg Envase con 30 tabletas.	- _____	Náusea, irritación gástrica, diarrea, vértigo, cefalalgia, hipersensibilidad cruzada con aspirina y otros antiinflamatorios no esteroides	Compite con los anticoagulantes orales, sulfonilureas y anticonvulsivantes por las proteínas plasmáticas. Aumenta la acción de insulinas e hipoglucemiantes y los antiácidos disminuyen su absorción	Hipersensibilidad al fármaco, hemorragia gastrointestinal, úlcera péptica, insuficiencia renal y hepática, lactancia
3419	Naproxen	Niños: 10 mg/kg de peso corporal dosis inicial, seguida por 2.5 mg/kg de peso corporal cada 8 horas. Dosis máxima 15 mg/kg de peso corporal/día.	SUSPENSIÓN ORAL Cada 5 ml contienen: Naproxeno 125 mg Envase con 100 ml.	_____	Náusea, irritación gástrica, diarrea, vértigo, cefalalgia, hipersensibilidad cruzada con aspirina y otros antiinflamatorios no esteroides	Compite con los anticoagulantes orales, sulfonilureas y anticonvulsivantes por las proteínas plasmáticas. Aumenta la acción de insulinas e hipoglucemiantes y los antiácidos disminuyen su absorción	Hipersensibilidad al fármaco, hemorragia gastrointestinal, úlcera péptica, insuficiencia renal y hepática, lactancia
0104	Paracetamol	Niños: 10mg/kg/dosis cada 6hs Adultos: 500mg cada 6-8 hs	TABLETA Cada tableta contiene: Paracetamol 500 mg Envase con 10 tabletas.	_____	Reacciones de hipersensibilidad: erupción cutánea, neutropenia, pancitopenia, necrosis hepática, necrosis túbulo renal e hipoglucemia	El riesgo de hepatotoxicidad al paracetamol aumenta en pacientes alcohólicos y en quienes ingieren medicamentos inductores del metabolismo como: fenobarbital, fenitoína, carbamazepina. El metimizol aumenta el efecto de anticoagulantes orales.	Hipersensibilidad al fármaco, disfunción hepática e insuficiencia renal grave

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta MI, Cañizá MJ, Romano MF, Mateo AE. Síndrome de Guillain-Barré. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina* 2007;16:15-18.
2. Bermúdez-De la Rocha MV, Lozano-Meléndez FE, Tamez-Rodríguez VA y Cols. Frecuencia de Intoxicación con *Karwinskia Humboldtiana* en México. *Salud Pública Méx* 1995; 37 (1):57-62.
3. Brin JR, Correa RR, Gómez LA, Moreno-Ríos JA, Rubin J. Síndrome de Guillain-Barré: epidemiología, diagnóstico y manejo en niños hospital del niño, panamá. *CIMEL* 2006;11(1):9-12.
4. Burns TM. Guillain-Barre' Syndrome. *Semin Neurol* 2008;28:152-167.
5. Carroll A, McDonnell G, Barnes M. A review of the management of Guillain-Barre' syndrome in a regional neurological rehabilitation unit. *International Journal of Rehabilitation Research* 2003; 26(4):297-302
6. Center for Disease Control and Prevention (CDC). General Questions and Answers on Guillain-Barré syndrome (GBS). [En línea]. Septiembre, 14, 2009 [acceso en septiembre 16, 2009]; Disponible en: http://www.cdc.gov/h1n1flu/vaccination/gbs_qa.htm
7. Coll-Cantí J, Alvarez RR, Dorado L, Guerrero C, Sericho M, Dávalos A, et al. Síndrome de Guillain Barré e IVIg: ¿influye la instauración precoz del tratamiento en la estancia media hospitalaria? *Neurología* 2009;24(4):217-219.
8. Cortes JE, Otero, Ribera E. Síndrome de Guillain-Barré con seroconversión anti-VIH. *Medicina Clínica* 1995;105(4):156-160
9. Fernández-Pérez E, Pendem S, Brown D, Wijdicks E, Gajic O. Mechanical ventilation in patients with Guillain-Barré syndrome. *Resp Care* 2006; 51(12): 1403-1407.
10. García Ramos G, Cacho Díaz B. Síndrome de Guillain-Barré (SGB). *Revista Mexicana de Neurocirugía* 2005;6(5):448-454.
11. Grupo de trabajo sobre terapéutica de compresión del Capítulo de Flebología de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascul. Guías de calidad asistencial en la terapéutica de compresión en la patología venosa y linfática. Recomendaciones basadas en la evidencia clínica. *Angiología* 2003; 55 (2): 123-180.
12. Guerrant R, Van Gilder T, Steiner T, Slutsker L, Tauxe R. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea. *CID* 2001;32:31-50.
13. Haber P, DeStefano F, Angulo FJ, Iskander J, Shadomy SV, Weintraub E. Guillain-Barré Syndrome Following Influenza Vaccination. *JAMA* 2004;292(20):2478-2481.
14. Hadden RD, Hughes R. Management of inflammatory neuropathies. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003;74(Suppl II):ii9-ii14
15. Hiraga A, Mori M, Ogawara K, Hattori T, Kuwabara S. Differences in patterns of progression in demyelinating and axonal Guillain-Barré syndromes. *Neurology* 2003;61:471-474
16. Hiraga A, Kuwabara S, Ogawara K, Misawa S, Kanesaka T, Koga M, et al. Patterns and serial changes in electrodiagnostic abnormalities of axonal Guillain-Barré syndrome. *Neurol* 2005; 64: 856-860.
17. Hughes RA, Wijdicks E, Barohn R, Benson E, Cornblath R, Hahn A, et al. Practice parameter: Immunotherapy for Guillain-Barré syndrome. *Neurology* 2003;61;736-740.
18. Hughes RAC, Raphaël J-C, Swan AV, van Doorn PA. Inmunoglobulina intravenosa para el síndrome de Guillain-Barré (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
19. Hughes RA, Richard A. C.1 Anthony V. Swan,1 Jean-Claude Raphael,2 Djillali Annane,2 Rinske van Koningsveld3 and Pieter A. van Doorn. Immunotherapy for Guillain-Barre syndrome: a systematic review. *Brain* 2007;130:2245-2257.

20. Hughes RA, Wijidicks F, Benson E, Cornblath D, Hahn A, Meythaler J, et al. Supportive care for patients with Guillain-Barré Syndrome. *Arch Neurol* 2005; 62: 1194-1198.
21. Hughes RA, Swan AV, Raphael JC, Annane D, Koningsveld R, van Doorn P. Immunotherapy for Guillain-Barre syndrome: a systematic review. *Brain* 2007;130:2245-2257
22. Juurlink DN, Stukel T, Kwong J, Kopp A, McGeer A, Upshur R, et al. Guillain-Barré Syndrome After Influenza Vaccination in Adults. *Arch Intern Med* 2006; 166:2217-21.
23. Kaida K, Ariga T, Yu KR. Antiganglioside antibodies and their pathophysiological effects on Guillain -Barré syndrome and related disorders. *Glycobiology* 2009; 19(7):676-692
24. Khan F. Rehabilitation in Guillain Barre Syndrome. *Australian Family Physician* 2004; 33(12):1013-1017.
25. Korinthenberg R, Schessl, Kirschner J. Clinical presentation and course of Childhood Guillain-Barré syndrome: a prospective multicenter study. *Neuropediatrics* 2007;38:10-17.
26. Lawn N, Fletcher D, Henderson R, Wolter T, Wijidicks E. Anticipating mechanical ventilation in Guillain-Barré syndrome. *Arch Neurol* 2001;58:893-898
27. Marinos C, Dalakas, Intravenous Immunoglobulin in Autoimmune Neuromuscular Diseases. *JAMA* 2004;291(19):2367-2375.
28. McGrogan A, Madle GC, Seaman HE, de Vries CS. The Epidemiology of Guillain-Barré Syndrome Worldwide. A Systematic Literature Review. *Neuroepidemiology* 2009;32:150-163
29. Medical Disability Advisor. MDAI, en español. Pautas de duración de incapacidad. (Online). 2008 Nov 10; Disponible en: <http://www.mdainetnet.com/espanol/mdaTopics.aspx>
30. Melillo EM, Sethia JM, Mohsenina V. Guillain-Barre Syndrome: Rehabilitation Outcome and Recent Developments. *Yale Journal of Biology and Medicine* 1998; 71: 383-389.
31. Mhandi L, Calmels P, Camdessanche JP, Gautheron V, Fe'asson L. Muscle Strength Recovery in Treated Guillain-Barre' Syndrome. A Prospective Study for the First 18 Months After Onset. *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* 2007; 86(9):716-724
32. Monroy Guerrero J, Núñez Orozco L. Síndrome de Landry-Guillain-Barré-Strohl. Casuística en un hospital de concentración. *Rev Mex Neuroci* 2005; 6(5): 372-383
33. Moore J, Corcoran D, Dooley J, Fanning S, Matsuda L, Mcdowell D. *Campylobacter*. *Vet Res* 2005;36:351-382.
34. Moulin DE, Hagen N, Feasby TE, Amireh R, Hahn A. Pain in Guillain-Barré syndrome. *Neurology* 1997;48:328-331.
35. Nachamkin, I, Arzate BP, Ung H, Lobato BS, Gonzalez RP, Rodríguez, et al. Patterns of Guillain-Barre syndrome in children Results from a Mexican population. *Neurology* 2007;69:1665-1671
36. Newswagner D, Warren C. Guillain-Barré Syndrome. *Am Fam physician.* 2004;69 (10): 2405-2410.
37. Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002 para la Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano. México, DF:2002.
38. Pandey C, Bose N, Garg G, Singh N, Baronia A, Agarwal A, Prabhat K. Gabapentin for the treatment of pain in Guillain-Barre Syndrome: A double-blinded, placebo-controlled, crossover study. *Anesth Analg* 2002;95:1719-23
39. Pandey C, Raza M, Tripathi M, Navkar D, Kumar A, Singh U. The comparative evaluation of Gabapentin and Carbamazepine for pain management in Guillain-Barre Syndrome patients in the Intensive Care Unit. *Anesth Analg* 2005; 101:105.
40. Pascual PS. Síndrome de Guillain-Barré. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica*. [En línea]. 2008[citado el 26 agosto 2009]; Disponible en: www.aeped.es/protocolos/
41. Prasad R, Hellawell DJ, Pentland B. Usefulness of the Functional Independence Measure FIM, its subscales and individual items as outcome measures in Guillain Barre síndrome. *Internacional Journal of Rehabilitation Research* 2001;24: 59-64

42. Public Health Agency of Canada Canada communicable disease report Does informing patients of the risk of acquiring GBS, following influenza vaccination have an effect on their willingness to be vaccinated Public Health Agency of Canada. 2000;26: 23
43. Rajabally YA, Strens LHA, Abbott RJ. Acute motor conduction block neuropathy followed by axonal degeneration and poor recovery. *Neurology* 2006;66:287–288.
44. Raphaël JC, Chevret S, Hughes RAC, Annane D. Tratamiento con plasmaféresis para el síndrome de Guillain-Barré (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
45. Rudolph T, Larsena JP, Farbu E. The long-term functional status in patients with Guillain-Barre' syndrome. *European Journal of Neurology* 2008, 15: 1332–1337
46. Seneviratne U. Guillain-Barré syndrome. *Postgrad Med J* 2000;76:774–782
47. Sharshar T, Chevret S, Bourdain F, Raphael J. Early predictors of mechanical ventilation in Guillain-Barré syndrome. *Crit Care Med.* 2003; 31: 278-283.
48. Taboada R, González G, García A, Alberti M, Scavone C. Protocolo diagnóstico y terapéutico del síndrome de Guillain-Barré. *Arch Pediatr Urug* 2008; 79(1):58-62
49. Tellería-Díaz A, Calzada-SierraDJ. Síndrome De Guillain-Barré. *Rev Neurol* 2002; 34 (10): 966-976.
50. van Doorn P, Ruts L, Jacobs B. Clinical features, pathogenesis, and treatment of Guillain-Barré syndrome. *Lancet Neurol* 2008;7: 939-50.
51. van Doorn PA, van Koningsveld R, Schmitz PIM, van der Meché FGA, Visser LH, Meulstee J. Randomized trial on the effect of methylprednisolone on standard treatment with intravenous immunoglobulin in Guillain-Barré syndrome. *Neuromuscular Disorders* 2002;12:781.
52. van Koningsveld R, Schmitz P, van der Meché F, Visse Lr, Meulstee J, van Doorn P. Effect of methylprednisolone when added to standard treatment with intravenous immunoglobulin for Guillain-Barre syndrome: randomised trial. *Lancet* 2004; 363: 192–96.
53. Widjkins E, Henderson R, Mc Clelland R. Emergency intubation for respiratory failure in Guillain-Barré Syndrome. *Arch Neurol* 2003; 60: 947-948
54. Wijdicks E, Lawn N. Tracheostomy in Guillain-Barré syndrome *Muscle nerve.* 1999;22(8):1058-1062.
55. Wijdiks E, Roy T. BiPAP in early Guillain-Barré síndrome may failure. *Can J Neurol Sci.* 2006; 33(1): 105-106.
56. Wu HS, Liu TC, Lii ZL, Zou LP, Zhang, Zhaori G. A prospective clinical and electrophysiologic survey of acute flaccid paralysis in Chinese children. *Neurol* 1997;49:1723-1725.

8. AGRADECIMIENTOS

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

NOMBRE	CARGO/ADSCRIPCIÓN
Dr. Rafael Rodríguez Cabrera	Director UMAЕ "Dr. Víctorio de la Fuente Narváez"
Dr. Juan Carlos de la Fuente Zuno	Director UMAЕ Hospital de Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes"
Dr. Mario Madrazo Navarro	Director General UMAЕ Hospital Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutierrez" CMN Siglo XXI
Dr. Roberto Manuel Suárez Moreno	Director Médico UMAЕ Hospital Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutierrez" CMN Siglo XXI
Dr. Miguel Eloy Torcida González	Director Hospital de Ginecología y Obstetricia UMAЕ 25 Monterrey, Nuevo León
Dr. Jaime Zaldivar Cervera	Director UMAЕ Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza"
Dr. Manuel Pacheco Ruelas	Director Hospital de Infectología "Dr. Daniel Méndez Hernández"
Dr. Eduardo Escobar Barrios	Director Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Centro
Lic. Francisco García Gómez	Investigación y Documentación Bibliográfica Área de Investigación Documental y Gestión de Capacidad
Srita. Laura Fraire Hernández	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAЕ
Srita. Alma Delia García Vidal	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAЕ
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAЕ
Lic Cecilia Esquivel González	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAЕ (Comisionado UMAЕ HE MN La Raza)
Lic. Uri Iván Chaparro Sánchez	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAЕ (Comisionado UMAЕ HO MN S. XXI)

9. COMITÉ ACADÉMICO

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad/ CUMAE
División de Excelencia Clínica
Instituto Mexicano del Seguro Social/ IMSS

Dr. Alfonso A. Cerón Hernández	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniestra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Jefe de Área
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	
Dr. Antonio Barrera Cruz	
Dra. Aidé María Sandoval Mex	
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	
Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	Coordinadores de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	
Dr. Carlos Martínez Murillo	
Dra. Sonia P. de Santillana Hernández	Comisionadas a la División de Excelencia Clínica
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO

DIRECTORIO SECTORIAL Y DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin
Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza
Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Secretario del Consejo de Salubridad General

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno
Director de Prestaciones Médicas

Dr. Francisco Javier Méndez Bueno
Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. Alfonso Alberto Cerón Hernández
Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez
Coordinadora de Áreas Médicas

11. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaría de Innovación y Calidad	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante Secretaria de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata Secretario de Salud del Estado de Tabasco	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Secretario Técnico