

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

**SEDENA**

**SEMAR**

## Guía de Referencia Rápida

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

### GPC

**Guía de Práctica Clínica**

Catalogo 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

## GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

### G61. 0 Síndrome de Guillain-Barré

#### Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Guillain-Barré en el Segundo y Tercer Nivel de Atención [Síndrome de Landry-Guillain-Barré]

GPC

ISBN en trámite

## 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.

## FACTORES DE RIESGO

Las infecciones virales o bacterianas, la vacunación contra la influenza son factores de riesgo que se han asociado al síndrome de Guillain-Barré por lo que:

- 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 *Campylobacter jejuni*
- 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
- 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

## DIAGNÓSTICO CLÍNICO

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
- Ausencia de fiebre al inicio de la enfermedad

[Ver Anexo 6.3; Cuadro I y II]

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].

La valoración requiere de 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 (Cuadro IV).

## PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Se recomienda realizar estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR) en aquellos pacientes con sospecha clínica de síndrome de Guillain-Barré, posterior a la primera semana de iniciados los síntomas; el estudio del LCR se caracteriza por presentar proteínas elevadas sin pleocitosis (leucocitos  $< 10 /\text{mm}^3$ ) (Cuadro V)

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: enfermedad de Lyme, infección por VIH y neoplasias; para las cuales será necesario realizar los estudios pertinentes, según el caso.

Un resultado negativo o sin alteraciones no excluye el diagnóstico de la enfermedad y se recomienda repetirlo después de las 72 horas.

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 deberán considerarse otras pruebas diagnósticas.

## ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS

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.

Se recomienda utilizar los siguientes criterios electrofisiológicos (en dos o más nervios) 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:

Polirra neuropatía inflamatoria desmielinizante aguda (PIDA):

- 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

Neuropatía axonal motora aguda (NAMA):

- Disminución en la amplitud del potencial de acción menor al 80% del límite inferior normal
- No muestran evidencias de desmielinización como en la PIDA
- No se observan anomalías sensoriales
- En el estudio de electromiografía se registran ondas positivas y fibrilaciones en músculos de las extremidades.

## TRATAMIENTO ESPECÍFICO: INMUNOGLOBULINA INTRAVENOSA Y PLASMAFÉRESIS

- La inmunoglobulina intravenosa es el tratamiento de elección en los pacientes con síndrome de Guillain-Barré; en niños y adultos la **dosis total** es de 2gr/kg dividida en dos o cinco días. Se recomienda administrarla en los primeros 5 días después del inicio de los síntomas de la enfermedad, aunque se puede ofrecer el beneficio de éste tratamiento hasta 4 semanas después de iniciados los síntomas neuropáticos
- Si no se dispone de inmunoglobulina intravenosa se recomienda utilizar como alternativa plasmaféresis. En los casos moderados a graves se recomiendan 4 sesiones y en los casos leves 2.
- No se recomienda la combinación de inmunoglobulina intravenosa y plasmaféresis
- No se recomienda administrar esteroides orales ni parenterales (metilprednisolona) para el tratamiento del síndrome de Guillain-Barré

## TRATAMIENTO DE SOPORTE

### A) Control del dolor

- El acetaminofén 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.
  - Acetaminofen:
    - Adultos: 500mg cada 6-8hs
    - Niños: 10mg/kg/dosis cada 6-8hs
  - Celecoxib :200mg VO cada 12 a 24hs
  - Diclofenaco:
    - Adultos: 100 mg cada 24 horas. La dosis de mantenimiento se debe ajustar a cada paciente. Dosis máxima 200 mg/día
  - 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.
  - Naproxen:
    - Adultos: 500 a 1500 mg en 24 horas
    - 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.
- 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.
  - Dextropropoxifeno: 65 mg VO cada 12hs
  - Buprenorfina: 150-300 mcg IV cada 6hs
  - Fentanilo : Adultos:1-1.5 mcg/kg/dosis IV cada 4-6hs
    - Niños: infusión continua (rango usual):1 a 3 mcg/kg/hr
- Se recomienda la utilización de gabapentina o carbamazepina en combinación con fentanilo para mitigar el dolor moderado o grave:
  - Gabapentina
    - Adultos y niños mayores de 12 años: 300 a 600 mg VO cada 8 horas.
  - Carbamazepina
    - Adultos:600 a 800 mg VO en 24 horas, dividida cada 8 ó 12horas.
    - Niños:10 a 30 mg/ kg de peso corporal/ día, dividida cada 6 a 8 horas.
- Los antidepresivos tricíclicos se recomiendan como alternativa para manejo del dolor (en los pacientes adultos), en los casos en que no exista mejoría después del uso de AINES, carbamazepina y gabapentina.
  - Imipramina: Adultos: 25mg VO cada 8hs

### B) Profilaxis para trombosis venosa profunda

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

### C) Apoyo ventilatorio

- 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.
- 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.

### D) Traqueostomía

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

## ACCIONES DE SALUD COMUNITARIA

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 que consisten 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.

## REHABILITACIÓN

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.

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.

Las medidas de rehabilitación que se recomiendan son las siguientes:

- Mesa inclinable en forma gradual y progresiva. 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
- Actividades dirigidas a mejorar la movilidad en cama incluyendo la alineación de segmentos corporales y evitando zonas de presión. Entrenamiento de transferencias
- 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

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

Después de la terapia de rehabilitación hospitalaria continuar con un programa de rehabilitación ambulatorio y posteriormente a nivel domiciliario acorde a las necesidades de cada caso. Es recomendable evaluar el progreso de la terapia de rehabilitación mediante la escala de la MIF (Cuadro VI)

## CRITERIOS DE REFERENCIA A TERCER NIVEL

Los pacientes con sospecha de síndrome de Guillain-Barré deben trasladarse en condiciones adecuadas de estabilidad ventilatoria, cardíaca y hemodinámica. Se recomienda sean referidos al hospital más cercano en tiempo y distancia que cuente con apoyo ventilatorio adecuado .

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

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).

## CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA A PRIMER Y SEGUNDO NIVEL

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

Se recomienda que los pacientes con síndrome de Guillain-Barré sean contrarreferidos al segundo nivel de atención cuando requieran de ventilación mecánica durante más de 2 semanas. Es recomendable que sean contrarreferidos cuando cuenten con traqueostomía, no existan datos de inestabilidad hemodinámica y el sistema de alimentación enteral sea funcional.

## VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Se recomienda la monitorización de la frecuencia cardíaca, presión arterial sistémica y estado electrolítico 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.

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.

Para el tratamiento del íleo se recomienda instalar sonda nasogástrica. Si se presenta globo vesical y retención urinaria se deberá colocar sonda vesical tipo Foley o Nelaton.

## TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD CUANDO PROCEDA

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.

## ANEXOS

**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><b>Síntomas típicos:</b></p> <p>a) Debilidad muscular o pérdida de la función muscular (parálisis) con las siguientes variables:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La debilidad comienza en los pies y las piernas y puede progresar hacia arriba hasta los brazos y la cabeza</li> <li>2. Puede empeorar rápidamente entre 24 y 72 horas</li> <li>3. Puede comenzar en los brazos y progresar hacia abajo</li> <li>4. Puede ocurrir en los brazos y las piernas al mismo tiempo</li> <li>5. Puede ocurrir únicamente en los nervios craneanos</li> <li>6. En los casos leves, es posible que no ocurra ni la parálisis ni la debilidad</li> </ol> <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><b>Síntomas adicionales:</b></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><b>Síntomas de emergencia en donde se debe buscar ayuda médica inmediata:</b></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>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Criterios requeridos para el diagnóstico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Debilidad progresiva en más de una extremidad</li> <li>• Arreflexia o hiporreflexia osteotendinosa</li> </ul> </li> <li><b>2. Hallazgos que apoyan fuertemente el diagnóstico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Progresión de los síntomas hasta un máximo de cuatro semanas</li> <li>• 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)</li> <li>• Síntomas o signos sensitivos ligeros</li> <li>• Afectación de nervios craneales, especialmente parálisis facial bilateral</li> <li>• Comienzo de la recuperación entre 2-4 semanas después de cesar la progresión</li> <li>• Disfunción autonómica</li> <li>• Ausencia de fiebre al inicio de la enfermedad</li> <li>• Elevación de la concentración de proteínas en el líquido cefalorraquídeo, con menos de 10 células/mm<sup>3</sup></li> </ul> </li> <li><b>3. Hallazgos dudosos para el diagnóstico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de un nivel sensitivo</li> <li>• Marcada o persistente asimetría de los síntomas o de los signos</li> <li>• Disfunción esfinteriana persistente y grave</li> <li>• Más de 50 células/mm<sup>3</sup> en el líquido cefalorraquídeo</li> </ul> </li> <li><b>4. Hallazgos que excluyen el diagnóstico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de botulismo, miastenia grave, poliomielitis o neuropatía tóxica</li> <li>• Trastornos en el metabolismo de las porfirinas</li> <li>• Difteria reciente</li> <li>• Síndrome sensitivo puro sin debilidad</li> </ul> </li> </ol>

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. LA CLASIFICACIÓN DE HUGHES MODIFICADA PARA LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD.**

<b>Grado 1</b>	Signos y síntomas menores.
<b>Grado 2</b>	Capaz de caminar cinco metros a través de un espacio abierto sin ayuda.
<b>Grado 3</b>	Capaz de caminar cinco metros en un espacio abierto con ayuda de una persona caminando normal o arrastrando los pies.
<b>Grado 4</b>	Confinado a una cama o silla sin ser capaz de caminar.
<b>Grado 5</b>	Requiere asistencia respiratoria.
<b>Grado 6</b>	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. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ**

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

- Intoxicación 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
- Poliomielitis
- Consumo de drogas
- Compresión de médula espinal
- Mielitis transversa
- Meningitis neoplásica
- Neuropatía por vasculitis
- Neuropatía paraneoplásica
- Parálisis por *Karwinskia humboldtiana* (capulín tullidor [tullidora, coyotillo])

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.

Khan F. Rehabilitation in Guillian Barre Syndrome. Australian Family Physician 2004; 33(12):1013-1017.

**CUADRO V. 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 liquido 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.

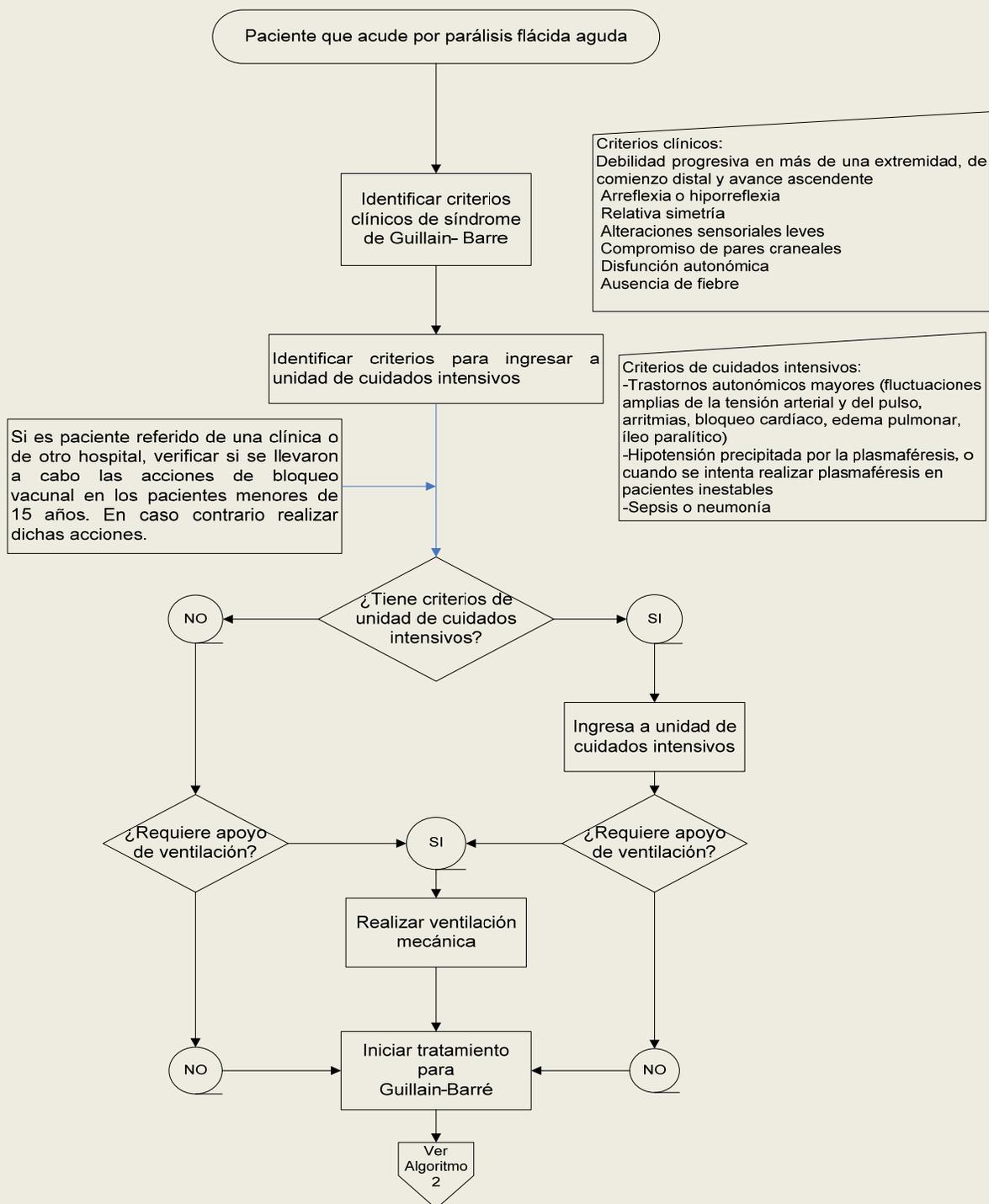
**CUADRO VI. MEDIDA DE LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)**

<b>SECCION MOTORA</b>	<b>Valoración inicial</b>	<b>Valoración final</b>
<b>Cuidados Personales</b>		
A. Alimentación		
B. Aseo Personal		
C. Baño		
D. Vestido: parte superior		
E. Vestido: parte inferior		
F. Aseo Perineal		
<b>Total sección</b>		
<b>Control de Esfínteres</b>		
G. Manejo Vesical		
H. Manejo Intestinal		
<b>Total sección</b>		
<b>Movilidad</b>		
I. Transferencias: cama, silla, silla de ruedas		
J. Traslados baño		
K. Traslados tina o ducha		
<b>Total sección</b>		
<b>Locomoción</b>		
L. Locomoción		
M. Escalera		
<b>Total sección</b>		
<b>TOTAL SECCIÓN MOTORA</b>		
<b>SECCIÓN MENTAL</b>		
<b>Comunicación</b>		
N. Comprensión		
O. Expresión		
<b>Total sección</b>		
<b>Conciencia del Mundo Exterior</b>		
P. Interacción Social		
Q. Resolución de Problemas		
R. Memoria		
<b>Total sección</b>		
<b>TOTAL SECCIÓN MENTAL</b>		
<b>TOTAL ESCALA FIM</b>		

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. *Internacional Journal of Rehabilitation Research* 2001;24: 59-64

## ALGORITMOS

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



**ALGORITMO 2. TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ**

