

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

**SEDENA**

**SEMAR**

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

## Diagnóstico y manejo del **SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ** EN LA ETAPA AGUDA, en el primer nivel de atención

**Evidencias y recomendaciones**

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-064-08**

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



**Vivir Mejor**

Ave. Reforma No. 45, piso 13, Colonia Juárez,  
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.  
[www.cenetec.salud.gob.mx](http://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 manejo del Síndrome de Guillain Barré en la etapa aguda, en el primer nivel de atención.** México: Secretaría de Salud; 2008.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: [www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html)

## CIE-10: E00-G61.0 Polineuropatía inflamatoria. GPC Diagnóstico y manejo del Síndrome de Guillain Barré en la etapa aguda, en el primer nivel de atención

<b>Coordinador</b> Dr. Miguel Ángel Celis López	Neurocirujano	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía	Director médico
<b>Autores:</b> Dr. Edwin Steven Vargas Cañas	Médico neurólogo	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía	Jefe de la clínica de nervio y músculo
Dr. Ignacio Miranda Medrano	Médico neurólogo	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía	Médico adscrito a urgencias neurológicas
M. en A. Héctor Javier González Jácome	Medicina interna. Administración y políticas públicas	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, SSA	Subdirección de guías de práctica clínica
M. en A. Luis Agüero y Reyes	Medicina interna. Administración en salud	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, SSA	Coordinación de guías de medicina interna
<b>Validación interna:</b>			
Dr. Fernando Zermeño Pöhls		Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía	Subdirector de Neurología
<b>Revisión institucional:</b>			
Dra. Claudia Alejandra Sainos Ramírez	Neurología pediátrica	Hospital General de México	Encargada de la clínica de neurología pediátrica
Dra. Claudia Elisa Alfaro Tapia	Neurología	Hospital General de México	Médico adscrito al servicio de Neurología
Dr. Nelson Ramón Coiscou Domínguez	Neurología pediátrica	Hospital General de México	Médico adscrito a la clínica de Neurología pediátrica
<b>Revisión interinstitucional:</b>			
Dra. Elsa Aburto Mejía	Medicina interna	UMAE Hospital de Especialidades, CMN Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico adscrito al servicio de Medicina Interna
Dr. Gerardo Gascón Cerda	Neurocirugía	UMAE Victorio de la Fuente, Hospital de Traumatología, Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico adscrito
Dra. Sandra Hernández Cid de León	Infectología	UMAE Hospital General, Unidad Complementaria de Infectología	Médico adscrito
Dra. Ana Lilia Osnaya Rubio	Neurología	UMAE Hospital de Especialidades, CMN Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico adscrito
Dra. Rocío Rábago Rodríguez	Pediatría	Hospital General de Zona "José María Vértiz", Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico adscrito
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Pediatría	División de Excelencia Clínica, Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefe del área de innovación de procesos clínicos

## Índice

	Página
1. Clasificación.....	5
2. Preguntas a responder por esta guía.....	6
3. Aspectos generales.....	7
3.1. Justificación.....	7
3.2. Objetivo.....	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
4.1.1.2 Historia clínica.....	16
4.1.1.3 Exploración física.....	18
4.1.1.4 Diagnóstico temprano.....	20
4.2 Criterios de referencia, traslado y notificación de caso.....	21
5. Anexos.....	
5.1. Anexo 1. Escala modificada de Shekelle y colaboradores.....	23
5.2. Anexo 2. Escala funcional de Hughes.....	23
5.3. Anexo 3. Escala de fuerza muscular.....	23
6. Bibliografía.....	24
7. Agradecimientos.....	28
8. Comité Académico.....	28
9. Directorios.....	29
10. Comité Nacional de guías de práctica clínica.....	30

## 1. CLASIFICACIÓN

Catálogo maestro:SSA-064-08			
<b>Profesionales de la salud</b>	1.11 Médico de urgencias. 1.15 Enfermera, 1.23 Médico familiar. 1.25 Médico internista. 1.33 Neurólogo. 1.43 Pediatra.		
<b>Clasificación de la enfermedad</b>	CIE-10 E00 G-61 Polineuropatía inflamatoria. G-610 Síndrome de Guillain – Barré.		
<b>Categoría de GPC</b>	3.1.1 Primario. 3.3 Evaluación. 3.4 Diagnóstico y tamizaje. 3.5 Pronóstico. 3.6 Tratamiento. 3.8 Tratamiento farmacológico. 3.12 Rehabilitación.		
<b>Usuarios potenciales</b>	4.3 Departamentos de salud pública. 4.5 Enfermeras generales. 4.6 Enfermeras especializadas. 4.7 Estudiantes. 4.9 Hospitales. 4.10 Inhaloterapeutas. 4.12 Médicos especialistas. 4.13 Médicos generales. 4.14 Médicos familiares. 4.24 Pediatras. 4.32 Trabajadores sociales.		
<b>Tipo de organización desarrolladora</b>	6.3 Gobierno Federal: Secretaría de Salud. Coordinación de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Unidad de Urgencias y Clínica de Nervio y Músculo.		
<b>Población blanco</b>	7.2 Niño de uno a 23 meses. 7.3 Niño de dos a 12 años. 7.4 Adolescente de 13 a 18 años. 7.5 Adulto 19 a 44 años. 7.6 Mediana edad, 45 a 64 años. 7.7 Adultos mayores 65 a 79 años. 7.9 Hombre. 7.10 Mujer.		
<b>Fuente de financiamiento / patrocinador</b>	8.1 Gobierno Federal, 8.4 Mixto: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.		
<b>Intervenciones y actividades consideradas</b>	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;">                     03.31 Punción espinal                      05.11 Biopsia de nervio o ganglio simpático.                      05.19 Otros procedimientos diagnósticos sobre el nervio o ganglios simpáticos.                      05.20 otros procedimientos sobre nervios y ganglios craneales.                      87.44 Radiografía de Tórax.                      89.02 Entrevista y evaluación, descritas como limitadas.                      89.03 Entrevista y evaluación, descritas como globales.                      89.04 Otra entrevista y evaluación.                      89.05 Entrevista y evaluación diagnósticas, no especificadas de otra manera.                      89.06 Consulta descrita como limitada.                      89.07 Consulta descrita como global.                      89.51 Electrocardiograma de ritmo.                      89.52 Electrocardiograma.                 </td> <td style="vertical-align: top;">                     89.54 Monitorización electrocardiográfica.89.08 Otra consulta.                      89.09 Consulta no especificada de otra manera.                      89.7X Reconocimiento médico general.                      89.13 Examen neurológico.                      89.15 Otras pruebas de funcionamiento neurológicas.                      89.65 Medición de gases en la sangre arterial sistémica.                      90.01 Examen microscópico de muestra de sistema nervioso y muestra de líquido céfalo raquídeo y frotis bacteriano.                      93.08 Electromiografía.                      93.18 Ejercicios respiratorios.                      93.91 Respiración de presión positiva intermitente.                      93.94 Medicación respiratoria administrada por nebulizador.                      96.70 Ventilación mecánica de duración no especificada.89.01                      Entrevista y evaluación, descritas como breves.                 </td> </tr> </table>	03.31 Punción espinal 05.11 Biopsia de nervio o ganglio simpático. 05.19 Otros procedimientos diagnósticos sobre el nervio o ganglios simpáticos. 05.20 otros procedimientos sobre nervios y ganglios craneales. 87.44 Radiografía de Tórax. 89.02 Entrevista y evaluación, descritas como limitadas. 89.03 Entrevista y evaluación, descritas como globales. 89.04 Otra entrevista y evaluación. 89.05 Entrevista y evaluación diagnósticas, no especificadas de otra manera. 89.06 Consulta descrita como limitada. 89.07 Consulta descrita como global. 89.51 Electrocardiograma de ritmo. 89.52 Electrocardiograma.	89.54 Monitorización electrocardiográfica.89.08 Otra consulta. 89.09 Consulta no especificada de otra manera. 89.7X Reconocimiento médico general. 89.13 Examen neurológico. 89.15 Otras pruebas de funcionamiento neurológicas. 89.65 Medición de gases en la sangre arterial sistémica. 90.01 Examen microscópico de muestra de sistema nervioso y muestra de líquido céfalo raquídeo y frotis bacteriano. 93.08 Electromiografía. 93.18 Ejercicios respiratorios. 93.91 Respiración de presión positiva intermitente. 93.94 Medicación respiratoria administrada por nebulizador. 96.70 Ventilación mecánica de duración no especificada.89.01 Entrevista y evaluación, descritas como breves.
03.31 Punción espinal 05.11 Biopsia de nervio o ganglio simpático. 05.19 Otros procedimientos diagnósticos sobre el nervio o ganglios simpáticos. 05.20 otros procedimientos sobre nervios y ganglios craneales. 87.44 Radiografía de Tórax. 89.02 Entrevista y evaluación, descritas como limitadas. 89.03 Entrevista y evaluación, descritas como globales. 89.04 Otra entrevista y evaluación. 89.05 Entrevista y evaluación diagnósticas, no especificadas de otra manera. 89.06 Consulta descrita como limitada. 89.07 Consulta descrita como global. 89.51 Electrocardiograma de ritmo. 89.52 Electrocardiograma.	89.54 Monitorización electrocardiográfica.89.08 Otra consulta. 89.09 Consulta no especificada de otra manera. 89.7X Reconocimiento médico general. 89.13 Examen neurológico. 89.15 Otras pruebas de funcionamiento neurológicas. 89.65 Medición de gases en la sangre arterial sistémica. 90.01 Examen microscópico de muestra de sistema nervioso y muestra de líquido céfalo raquídeo y frotis bacteriano. 93.08 Electromiografía. 93.18 Ejercicios respiratorios. 93.91 Respiración de presión positiva intermitente. 93.94 Medicación respiratoria administrada por nebulizador. 96.70 Ventilación mecánica de duración no especificada.89.01 Entrevista y evaluación, descritas como breves.		
<b>Impacto esperado en salud</b>	Contribuir a mejorar la tasa de diagnóstico temprano. Referencia oportuna. Reconocer el síndrome de debilidad agudo, reconocer los elementos diagnósticos característicos de la enfermedad para el diagnóstico oportuno. Conocer las medidas generales de tratamiento específico para el Guillain Barré. Reconocer los casos para la referencia oportuna.		
<b>Metodología</b>	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: 43 Guías seleccionadas: Cero Meta-análisis: Cinco Otras revisiones sistemáticas y no sistemáticas: 19 Ensayos controlados aleatorizados: Cinco Estudios de cohorte: Uno Estudios descriptivos: 12 Opinión de expertos: Uno Validación del protocolo de búsqueda por el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de México. 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 *		
<b>Métodos de validación y adecuación</b>	Método de validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación interna: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Revisión institucional: Hospital General de México. Revisión interinstitucional: Instituto Mexicano del Seguro Social.		
<b>Conflicto de interés</b>	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés		
<b>Registro y actualización</b>	Catálogo maestro: SSA-064-08 Fecha de actualización		

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo a considerar, en la prevención del síndrome de Guillain-Barré, en niños y adultos?
2. ¿Cuáles son los elementos clínicos fundamentales para sospechar el síndrome de Guillain-Barré, en el primer nivel de atención?
3. ¿Cuáles son los criterios que indican la referencia inmediata a un hospital de segundo o tercer nivel, por sospecha de un síndrome de Guillain-Barré?
4. ¿Cuáles son los criterios para considerar grave a un enfermo con síndrome de Guillain-Barré?
5. ¿Qué se debe vigilar estrechamente desde el punto de vista hemodinámico y respiratorio, en los pacientes con síndrome de Guillain-Barré, antes y durante el traslado a un hospital?
6. ¿Cuáles son los síntomas y signos clínicos que predicen falla respiratoria inminente, a considerar antes y durante el traslado a un hospital en los pacientes con sospecha de síndrome de Guillain-Barré?

### 3. ASPECTOS GENERALES

#### 3.1 JUSTIFICACIÓN

El síndrome de Guillain-Barré es la causa más frecuente de parálisis flácida aguda. Su incidencia anual es de 1.1 a 1.8 por cada 100,000 habitantes; discretamente menor 0.4 a 1.4 en menores 16 años. En contrapeso la mayoría de estudios demuestran un incremento lineal de la incidencia en relación con la edad después de los 50 y hasta los 80 años de edad, de 1.7 a 3.3 por 100,000 habitantes. Un reporte epidemiológico reciente en Estados Unidos de América indica que la incidencia se ha mantenido en rango similar en el periodo entre 2000 a 2004.

En el Instituto Nacional de Neurología se ha observado un incremento de los casos; para el año 2007 se atendieron 40 pacientes con este padecimiento.

En México, las estadísticas nacionales contemplan como enfermedad de notificación obligatoria la parálisis flácida aguda, que se puede relacionar con la incidencia del síndrome de Guillain Barré, ya que no se reporta ningún caso de poliomielitis al menos desde el año 2000. Esta categoría presenta las siguientes cifras para México:

Año	Casos reportados de parálisis flácida aguda en México(1)	Población total(2)	Tasa de incidencia anual por cada 100,000 habitantes
2008	446	106 682 518	0.4180
2007	426	105 790 725	0.4027
2006	418	104 874 282	0.3986
2005	442	103 946 866	0.4272
2004	466	103 001 867	0.4524
2003	368	101 999 555	0.3608
2002	374	100 909 374	0.3706
2001	350	99 715 527	0.3510
2000	392	98 438 557	0.3982

Fuentes:

- (1) DGE, Boletín Epidemiología, consultado en: [www.dgepi.salud.gob.mx/boletin/boletin.htm](http://www.dgepi.salud.gob.mx/boletin/boletin.htm) para la cifra acumulada en la última semana de cada año.
- (2) CONAPO, Indicadores demográficos básicos, 1990-2030, consultado en: [www.conapo.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=125&Itemid=203](http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=125&Itemid=203) Se refiere a la población a mitad de cada año.

### **3. ASPECTOS GENERALES**

#### **3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA**

La guía de práctica clínica “Diagnóstico y manejo del síndrome de Guillain-Barré en la etapa aguda, en el primer 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 primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Identificar los factores de riesgo para presentar síndrome de Guillain-Barré.
2. Describir los signos y síntomas clínicos del síndrome de Guillain-Barré.
3. Reconocer los síntomas que predicen falla respiratoria mecánica inminente en pacientes con síndrome de Guillain-Barré.
4. Conocer y aplicar las medidas de sostén requeridas en la fase aguda del síndrome de Guillain-Barré, y aplicar durante el traslado a un hospital.
5. Conocer y aplicar las escalas funcionales útiles para la valoración de la condición clínica de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré.
6. Conocer las pruebas diagnósticas útiles en el síndrome de Guillain-Barré, cuyas indicaciones representen criterios de referencia a segundo y tercer nivel de atención.

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. ASPECTOS GENERALES**

#### **3.3 DEFINICIÓN**

El síndrome de Guillain-Barré es una polirradiculoneuropatía inflamatoria desmielinizante aguda de origen autoinmune, caracterizada por un déficit motor simétrico progresivo, ascendente, e hiporreflexia o arreflexia generalizada; en su forma clásica se acompaña de síntomas sensitivos, de afectación de los nervios craneales y de trastornos disautonómicos.

En casos severos, la debilidad compromete la función respiratoria, requiriéndose asistencia ventilatoria mecánica. En dos tercios de los casos la enfermedad se encuentra precedida de una infección viral o bacteriana. Habitualmente los síntomas neuropáticos sobrevienen después de un período de latencia de una a cuatro semanas; rara vez ocurren después de seis semanas desde el evento desencadenante.

Se trata de una verdadera urgencia médica, cuya sospecha clínica indica la referencia inmediata a segundo o tercer nivel, en las mejores condiciones disponibles de monitoreo y apoyo durante el traslado.

## 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de las evidencias y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de meta-análisis, otras revisiones sistemáticas y no sistemáticas, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Las evidencias y recomendaciones fueron graduadas por el grupo elaborador; se colocó primero, el número y letra del nivel de evidencia y recomendación de la escala utilizada y posteriormente, el nombre del primer autor y el año.

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 5.3.

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	Nivel / Grado
	<p>La primera medición en una población bien definida, en Estados Unidos, de la incidencia anual de síndrome de Guillain Barré, fue de diez a 20 casos por cada millón de adultos (Olmsted County, Minnesota, y San Joaquin County, California, 1978).</p> <p style="text-align: right;"><b>III</b> Shekelle; Serie de casos <i>Shoenberg BS, 1978</i></p>
	<p>La incidencia anual del síndrome de Guillain-Barré a nivel mundial se estima que actualmente va de 0.6 a cuatro casos por cada 100,000 habitantes.</p> <p style="text-align: right;"><b>III</b> Shekelle; serie de casos. <i>Fish M, 2008</i> <i>Hughes, 2005</i></p>
	<p>La infección por <i>Campylobacter jejuni</i> (26 a 41%) es la más común de las infecciones asociadas con el síndrome de Guillain Barré, seguida por los Citomegalovirus (10 a 22%), el virus de Epstein Barr (10%), <i>Hemophylus influenzae</i> (2 a 13%), el virus de la varicela-zoster y <i>Mycoplasma pneumoniae</i>.</p> <p style="text-align: right;"><b>III</b> Shekelle; Serie de casos <i>Pascual-Pascual SI, 2008</i></p>
	<p>En los países en desarrollo, la mayoría de las infecciones por <i>Campylobacter</i> en humanos tiene lugar por el consumo o la exposición a animales infectados o sus productos. La transmisión persona a persona es poco frecuente.</p> <p style="text-align: right;"><b>IV</b> Shekelle; Opinión de expertos <i>Guerrant, RL, 2001</i></p>
	<p>No se tienen evidencias de que las acciones encaminadas a la prevención de enfermedades diarreicas puedan reducir la incidencia de síndrome de Guillain-Barré, y al parecer existe una sobreposición entre las tasas observadas en países desarrollados y en países en desarrollo, con una frecuencia distinta de enfermedades diarreicas.</p> <p style="text-align: right;"><b>D</b> Buena práctica</p> <p>En la prevención de enfermedades diarreicas como las que puede ocasionar <i>Campylobacter</i>, particularmente en menores de dos años, se recomienda consultar las guías correspondientes a estas enfermedades en adultos y menores de edad.</p>

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

**E**

En un estudio con 927 pacientes que tuvieron síndrome de Guillain-Barré se analizaron las respuestas a una encuesta por correo, sobre cualquier vacunación posterior a dicho primer episodio, así como cualquier síntoma neurológico, sugestivo de recaída, presentado en las seis semanas siguientes a la vacunación. Los casos positivos, aquellos que fueron vacunados y reportaron síntomas sugestivos de recaída después de la vacunación, se verificaron telefónicamente. Algunos pacientes recibieron más de una vacuna. En total fueron 311 vacunados, con 11 casos de recaída de síndrome de Guillain-Barré. La frecuencia de recaídas observada para cada vacuna, mediante este método, fue (n=número de vacunados):

- Influenza: 3.8% (n=211)
- Tétanos: 5.7% (n=105)
- Tifoidea: 6% (n=50)
- Polio: 9.5% (n=42)
- Hepatitis A: 8.1% (n=37)
- Hepatitis B: 5.0% (n=20)
- BCG: 25% (n=8)
- Fiebre amarilla: 16.7% (n=12)
- Meningococo: 6.2% (n=16)
- Difteria: 40% (n=5)

**III**

Shekelle; Encuesta por correo de casos

*Pritchard, 2002*

**R**

Es prudente evitar la vacunación de personas que, no encontrándose en riesgo elevado de complicaciones graves por influenza, hayan presentado antes un síndrome de Guillain-Barré en las seis semanas siguientes a una vacunación previa contra la influenza.

En estos casos debiera considerarse la alternativa de quimioprofilaxis antiviral.

En la mayoría de los casos, sin embargo, en los que sí existe un riesgo de complicaciones graves por influenza, los beneficios establecidos de la vacuna contra la influenza justifican su vacunación anual.

**D**

Shekelle; Serie de casos  
*Harper SA, 2005*

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Según un reporte del Centro Nacional para las Enfermedades Infecciosas en Estados Unidos, en el grupo de personas vacunadas contra la influenza porcina en 1976 en Estados Unidos, la frecuencia de síndrome de Guillain-Barré fue menor de 10 casos por millón de vacunados. El riesgo fue mayor en personas de 25 años de edad o mayores, que en menores de 25 años.

Entre 1977 y 1991, los cálculos de riesgo relativo para síndrome de Guillain-Barré después de dicha vacunación no se elevaron significativamente.

Sin embargo, en las estaciones de 1992-93 y 1993-94, el riesgo relativo global fue de 1.7% (IC 95% = 1.0 a 2.8,  $p=0.04$ ), con un mayor número de casos a las dos semanas después de la vacunación, lo que representó un caso adicional de síndrome de Guillain-Barré por cada millón de personas vacunadas. Aunque existen reportes de casos, no se tienen estudios epidemiológicos que documenten una asociación entre infección por virus de la influenza y síndrome de Guillain-Barré.

Con estas cifras aplicadas a una población de 100 millones de habitantes, sería de esperarse alrededor de 1000 casos anuales de síndrome de Guillain-Barré sin vacunar a nadie contra la influenza (en México se reportan entre 350 y 450 casos de parálisis flácida por año, ver capítulo 3.1 Justificación) y 1100 casos después de vacunación universal, esto es, 100 casos adicionales.

III  
Shekelle; Serie de casos  
*Harper SA, 2005*



En los Estados Unidos, entre 1990 y 2003, las tasas de reporte anual de síndrome de Guillain-Barré asociado con vacuna contra la influenza han declinado desde 0.17 por 100,000 vacunaciones, máxima en 1993-1994, hasta un mínimo de 0.04 por 100,000 vacunas aplicadas en 2002-2003 ( $p<0.001$ ).

Esta reducción ha estado presente en todos los grupos etéreos.

El intervalo entre la vacunación y la aparición del síndrome de Guillain-Barré en este grupo fue de 13 días en promedio.

La asociación entre una disminución en la frecuencia de infecciones por *Campylobacter* en humanos, confirmadas por laboratorio, entre 1996 y 2003, y el inicio en la declinación de reportes de síndrome de Guillain-Barré, pudiera sugerir un mecanismo mediado por infección por *Campylobacter* en huevos de pollo utilizados en la manufactura de algunas vacunas.

III  
Shekelle; sistema de reporte voluntario post-marketing  
*Haber P, 2004*



Se recomienda utilizar vacunas contra influenza cuyo proceso de manufactura asegure que el producto se encuentra libre de *Campylobacter* o de sus antígenos, especialmente cuando en dicho proceso se empleen huevos embrionados de pollo.

D  
Buena práctica

## Evidencia / Recomendación

## Nivel / Grado

**E**

En el análisis primario, la incidencia relativa estimada de hospitalización por síndrome de Guillain-Barré durante el intervalo de riesgo primario (semanas 2 a la 7) comparada con el intervalo de control (semanas 20 a la 43) fue de 1.45 (95% IC = 1.05 a 1.99,  $p=0.02$ ), indicando un aumento de 45% de riesgo de este síndrome en el periodo inmediato después de la vacunación, aunque el análisis de serie de tiempo no mostró estacionalidad después de instituir la vacunación universal contra la influenza, en Ontario, Canadá.

**IIb**

Shekelle; serie de casos auto-pareados, análisis de series de tiempo  
*Juurlink DN, 2006*

**E**

La comparación de la frecuencia de síndrome de Guillain-Barré en adultos, después de la vacunación contra la influenza (estacional), con la frecuencia del mismo síndrome después de la inmunización con una vacuna contra tétanos y difteria como grupo control, entre 1991 y 1999 en los Estados Unidos, mostró que en el primer caso la incidencia de síndrome de Guillain-Barré fue de 9.5 por cada 10 millones de vacunaciones, mientras que en el segundo caso ésta fue de 2.2 por cada 10 millones de inmunizaciones (riesgo relativo, 4.3; riesgo atribuible, 3.3; porcentaje de asociación, 81%,  $p<0.0001$ ; IC 95% = 3.0 a 6.4).

**III**

Shekelle; reporte obligatorio de casos de eventos adversos, casos y controles  
*Geier MR, 2003*

La tasa de incidencia de síndrome de Guillain-Barré grave después de la vacunación contra influenza (estacional) aumentó significativamente en comparación contra la vacuna contra tétanos-difteria en el mismo estudio (riesgo relativo, 8.5; riesgo atribuible, 7.5; porcentaje de la asociación, 89%;  $p<0.0001$ ; IC 95% = 3.7 a 18.9).

Este estudio también demostró una gran variabilidad, entre distintos fabricantes y distintos lotes de un mismo fabricante de vacuna anti-influenza, en la concentración de endotoxinas, con diferencias hasta de diez veces, lo que abriría la posibilidad de un papel causal de la contaminación por *Salmonella* de huevos de embrión de pollo empleados en la manufactura de estas vacunas.

**Evidencia / Recomendación**

**Nivel / Grado**



La decisión a tomar, entre un esquema de vacunación universal contra la influenza y otro de vacunación selectiva a grupos de mayor riesgo, deberá tomar en consideración la probabilidad de presentar complicaciones graves por influenza, contra la probabilidad de presentar complicaciones graves por vacunación contra influenza, como el síndrome de Guillain-Barré, sea en la población general, sea para cada grupo en particular.

La primera probabilidad depende de la composición demográfica y la morbilidad de base de la población, así como de la virulencia de la cepa viral prevalente, y pudiera tratar de inferirse a partir del análisis cuidadoso de las tendencias de los brotes observadas durante la vigilancia epidemiológica.

La segunda probabilidad parece ser uniforme incluso entre países desarrollados y países en desarrollo, o al menos las diferencias no parecen obedecer a algún factor que hasta ahora se haya identificado, aunque podría asociarse con los métodos y materias primas para la manufactura de las vacunas. El síndrome de Guillain-Barré es un efecto idiosincrático de algunas infecciones y vacunas, cuyo patrón de distribución no ha sido explicado aún.

Sin considerar los costos, en la información disponible sobre factores de riesgo para el síndrome de Guillain-Barré, no se encuentran evidencias que contraindiquen por este concepto la aplicación de un esquema de vacunación universal contra la influenza, particularmente durante brotes de patrón no estacional.

**D**  
Buena práctica

## 4.1 PREVENCIÓN SECUNDARIA

### 4.1.1 DETECCIÓN

#### 4.1.1.2 HISTORIA CLÍNICA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>E</b> La historia clínica en los pacientes con síndrome de Guillain-Barré registra clásicamente una debilidad muscular flácida ascendente, rápidamente progresiva, con o sin síntomas sensitivos, que se instalan en el curso de dos a cuatro semanas, como motivo principal para solicitar atención médica.</p>	<p>III Shekelle; serie de casos <i>Masucci EF, 1971</i></p>
<p><b>E</b> En dos terceras partes de los casos, los síntomas van precedidos de algún evento antecedente potencialmente identificable:</p> <p>Infecciones respiratorias: 40% de casos. Posiblemente asociado con éstas, se encuentra Citomegalovirus en 5% de casos en Japón, y 11-13% en Europa.</p> <p>Gastroenteritis: 20% de casos. Posiblemente asociado con éstas, en Estados Unidos y Europa se encuentra <i>Campylobacter jejuni</i> en 26 a 36% de casos; en Japón, 45%.</p> <p>En el caso de la aplicación de vacunas como evento antecedente, el tiempo que media entre la vacunación y el inicio del cuadro clínico no es mayor de seis semanas.</p>	<p>III Shekelle; serie de casos <i>Seneviratne, 2000</i></p>
<p><b>E</b> Los síntomas y signos en el síndrome de Guillain-Barré alcanzan un máximo alrededor de los 12 días de evolución; 98% de los casos ya han alcanzado una meseta a los 28 días, tiempo promedio en que inicia la mejoría, y se recuperan a los 200 días.</p>	<p>III Shekelle; serie de casos <i>Seneviratne, 2000</i></p>

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

**E**

Las características clínicas comunes del síndrome de Guillain-Barré que pueden encontrarse al interrogatorio son:

III  
Shekelle; serie de casos  
*Seneviratne, 2000*  
*Acosta MI, 2007*

Típicos:

- Debilidad muscular y fatiga de músculos del cuello y las extremidades o parálisis
- Falta de coordinación
- Cambios en la sensibilidad; adormecimientos, parestesias.
- Dolor muscular (puede similar calambres)

Menos frecuentes:

- Visión borrosa o doble (diplopía)
- Torpeza, caídas
- Palpitaciones
- Contracciones musculares
- Cefalea, mareos
- Síntomas gástricos
- Cambios en la sudoración
- Incontinencia vesical o retención urinaria
- Constipación
- Cambios locales de color o temperatura de la piel

Síntomas de alarma o gravedad:

- Dificultad para la deglución
- Babeo (sialorrea)
- Dificultad respiratoria o apnea
- Desmayos (lipotimias)

## 4.1 PREVENCIÓN SECUNDARIA

### 4.1.1 DETECCIÓN

#### 4.1.1.3 EXPLORACIÓN FÍSICA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>E</b></p>	<p>El síndrome de Guillain-Barré se presenta clásicamente con cuadriparesia flácida, con reflejos osteotendinosos disminuidos o abolidos, acompañada o no de parálisis facial unilateral o bilateral, ptosis palpebral, disartria y disfagia.</p> <p>Los nervios craneales pueden estar afectados; la diplejía facial es la afección motora más característica, pero la afección puede ser unilateral o asimétrica, con o sin ptosis palpebral, diplopía y disfunción faríngea.</p>
<p><b>E</b></p>	<p>Las características clínicas comunes del síndrome de Guillain-Barré que pueden encontrarse a la exploración física son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Debilidad simétrica de extremidades: proximal, distal o global</li> <li>• Debilidad de músculos del cuello</li> <li>• Debilidad de músculos de la respiración</li> <li>• Parálisis de nervios craneales III-VII, IX-XII</li> <li>• Arreflexia</li> <li>• Fatiga de músculos de extremidades</li> </ul> <p>Disfunción sensitiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida distal del sentido de posición, de vibración, de tacto y de dolor</li> <li>• Ataxia</li> </ul> <p>Disfunción autonómica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taquicardia o bradicardia sinusales</li> <li>• Otras taqui- o bradiarritmias</li> <li>• Hipertensión o hipotensión postural</li> <li>• Grandes fluctuaciones del pulso y la presión arterial</li> <li>• Pupilas tónicas</li> <li>• Hipersalivación</li> <li>• Anhidrosis o diaforesis</li> <li>• Tono vasomotor anormal; ingurgitación venosa y rubor facial</li> </ul> <p>Otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Papiledema</li> </ul>

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

En una serie de 17 casos de niños con síndrome de Guillain-Barré en Panamá se observaron los siguientes signos y síntomas en el transcurso de su hospitalización:

- Hiporreflexia osteotendinosa: 88%
- Debilidad en extremidades: 88%
- Dolor en extremidades: 59%
- Ataxia: 29%
- Parestesias: 17%
- Cefalea: 12%
- Mareo: 12%
- Dolor lumbar: 6%
- Falla respiratoria: 6%
- Taquicardia sinusal: 6%
- Anormalidad en la sudoración: 6%
- Hipertensión arterial: 6%
- Hipotensión arterial: 6%

III  
Shekelle; serie de casos  
*Brin J, 2006*

E

En México se observan con relativa frecuencia en niños, casos de intoxicación por tullidora o capulín tullidor (*Karwinskia humboldtiana*) que presenta un cuadro clínico casi idéntico al síndrome de Guillain-Barré: paresia o parálisis flácida, simétrica y ascendente, que puede limitarse a los miembros inferiores o puede ocasionar cuadriplegia con compromiso respiratorio que requiera ventilación asistida.

III  
Shekelle; serie de casos  
*Bermúdez-De-Rocha MV, 1995*

Un signo común para establecer la sospecha diagnóstica es la presencia de "manos en garra".

Puede ser útil que el médico de primer nivel investigue al respecto con el paciente y sus familiares y obtenga información que incorpore a la nota médica de referencia.

## 4.1 PREVENCIÓN SECUNDARIA

### 4.1.1 DETECCIÓN

#### 4.1.1.1 DIAGNÓSTICO TEMPRANO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p><b>E</b></p>	<p>Existe un consenso alrededor de los criterios de Asbury para el diagnóstico del síndrome de Guillain-Barré.</p> <p>Estos criterios señalan dos características clínicas necesarias para establecer el diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Debilidad progresiva en más de una extremidad</li> <li>• Arreflexia</li> </ul> <p>A éstos se añaden una serie de criterios clínicos, verificables en el primer nivel de atención, y dos criterios paraclínicos, todos los cuales apoyan fuertemente el diagnóstico, pero ninguno de ellos es indispensable.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Progresión de la debilidad hasta un máximo de cuatro semanas</li> <li>• Relativa simetría de los síntomas</li> <li>• Síntomas o signos sensitivos leves</li> <li>• Afección de nervios craneales (es común la diplejía facial).</li> <li>• Comienzo de recuperación tras dos a cuatro semanas después de cesar la progresión</li> <li>• Disfunción autonómica</li> <li>• Ausencia de fiebre al comienzo del cuadro clínico</li> </ul> <p>Los dos criterios para clínicos, derivados del estudio de líquido cefalorraquídeo obtenido por punción lumbar (aumento de proteínas con menos de 10 células/mm<sup>3</sup>) y el estudio neurofisiológico (disminución de la velocidad de conducción o bloqueo) no son indispensables para establecer el diagnóstico y la referencia inmediata a un hospital.</p>	<p>III Shekelle; serie de casos <i>Newswanger DL, 2004</i> <i>Ropper AH, 1992</i> <i>Asbury AK, 1990</i></p>
<p><b>E</b></p>	<p>El 11,2% de una población de niños con SGB presentaron variantes inusuales y no cumplieron con los criterios de Asbury.</p>	<p>III Shekelle; serie de casos <i>Buompadre MC, 2006</i></p>

## 4.2 CRITERIOS DE REFERENCIA, TRASLADO Y NOTIFICACIÓN DE CASO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p><b>R</b></p>	<p>Todo paciente con síndrome de Guillain-Barré debe ser trasladado de inmediato a un hospital, de segundo o tercer nivel, fundamentalmente por el riesgo de insuficiencia respiratoria de origen neurológico antes de 24 horas de iniciado el cuadro y, en consecuencia, la indicación de intubación y ventilación mecánica.</p> <p>La segunda razón para la referencia a un hospital es para recibir tratamiento específico, donde éste se encuentre disponible, sea éste con inmunoglobulina intravenosa, o plasmaféresis (ver guía para el diagnóstico y manejo del síndrome de Guillain-Barré en el segundo y tercer niveles de atención).</p>	<p><b>D</b> Opinión de expertos <i>Newswanger DL, 2004</i></p>
<p><b>E</b></p>	<p>Los pacientes con síndrome de Guillain-Barré cursan con disautonomías graves y potencialmente fatales incluyendo arritmias e hipotensión o hipertensión arterial, presente en el 20% de casos.</p>	<p><b>III</b> Shekelle; serie de casos <i>Pfeiffer G, 1999</i></p>
<p><b>E</b></p>	<p>La falla de la función respiratoria está presente entre el 17 y el 30% de pacientes con síndrome de Guillain-Barré.</p>	<p><b>III</b> Shekelle; serie de casos <i>Chio, 2003</i></p>
<p><b>E</b></p>	<p>Algunos factores que predicen la necesidad subsecuente de ventilación mecánica incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo transcurrido entre el inicio del cuadro clínico y la solicitud de atención médica</li> <li>• Incapacidad para levantar los codos o la cabeza encima de la cama</li> <li>• Incapacidad para mantenerse de pie</li> <li>• Tos inefectiva</li> </ul>	<p><b>II.</b> Shekelle; Estudio de cohorte <i>Newswanger DL, 2004</i> <i>Sharshar T, 2003</i></p>

Evidencia / Recomendación

Nivel  Grado



Mientras se dispone de un medio de transporte adecuado para el traslado de pacientes con síndrome de Guillain-Barré, y durante dicho traslado, se debe monitorear la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea, la frecuencia respiratoria y la presencia de signos de insuficiencia respiratoria, particularmente cuando existan datos que predican la inminente falla ventilatoria.

**D**  
Buena práctica



La referencia desde el primer nivel de atención deberá hacerse al hospital más cercano que cuente con recursos para el manejo de procedimientos de intubación traqueal urgente y ventilación mecánica asistida.

**D**  
Buena práctica

En caso de que el primer hospital que recibe al paciente no cuente con los recursos para proporcionar las modalidades de tratamiento específico (segundo nivel de atención), una vez asegurada la vía aérea y la función respiratoria deberá referirse nuevamente a un hospital que cuente con ellos (tercer nivel de atención) en unidad móvil con los mejores recursos disponibles para el monitoreo y el apoyo vital.

En caso de que el hospital más cercano a la unidad médica de primer nivel donde se hace el diagnóstico sea una unidad de tercer nivel, deberá procurarse la referencia directamente a dicho hospital.

Previo al traslado, se recomienda establecer comunicación con el hospital de referencia, indicándose las condiciones del paciente, incluyendo la evaluación funcional según la escala de Hughes (Anexo 2).



De acuerdo con la legislación mexicana, todo caso de parálisis flácida aguda (PFA) en población menor de quince años de edad debe ser considerado como un posible brote de poliomielitis, enfermedad motivo de notificación obligatoria ante la autoridad sanitaria en México.

Entre las acciones que esta notificación desencadena se encuentran la realización inmediata de un estudio epidemiológico de caso y un estudio epidemiológico de brote, así como medidas del tipo del bloqueo vacunal (vacunación de susceptibles alrededor del domicilio del caso, en una superficie de 49 manzanas).

Esta notificación deberá hacerse en cuanto se establezca el diagnóstico clínico de parálisis flácida aguda, sin entorpecer la atención urgente del caso y su traslado al hospital de referencia.

**D**  
*NOM-036-SSA2-2002*  
*NOM-017-SSA2-1994*  
Buena práctica

### 5.1 ANEXO 1. ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Nivel de la evidencia	Grado de la recomendación
Ia. Evidencia de meta-análisis de estudios clínicos aleatorizados.	A. Directamente basada en evidencia de nivel I.
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorizado.	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado no aleatorizado.	B. Directamente basada en evidencia de nivel II o recomendaciones derivadas por extrapolación de una evidencia de nivel I.
IIb. Al menos un estudio de tipo cuasi-experimental o de cohorte.	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, como los estudios comparativos, los estudios de correlación, los estudios de casos y controles y las revisiones clínicas.	C. Directamente basada en evidencia de nivel III o en recomendaciones derivadas por extrapolación de una evidencia de nivel I o II.
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades reconocidas en el tema.	D. Directamente basada en evidencia de nivel IV o en recomendaciones derivadas por extrapolación de evidencias de nivel II o III.

Modificado de Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. *Clinical guidelines. Developing guidelines.* BMJ 1999; 3(18): 593-596.

### 5.2 ANEXO 2. ESCALA FUNCIONAL DE HUGHES

- 0 Paciente sano
- 1 Paciente con mínimos síntomas motores con capacidades manuales conservadas
- 2 Camina sin ayuda, pero capacidades manuales limitadas
- 3 Requiere ayuda para la deambulaci3n
- 4 Confinado a silla de ruedas o cama
- 5 Requiere ventilaci3n mecánica
- 6 Muerte

### 5.3 ANEXO 3. ESCALA DE FUERZA MUSCULAR

Puede resultar útil, para reportar los déficits observados antes de la referencia:

- 0 No realiza ningún movimiento
- 1 Realiza movimiento pero es incapaz de desplazar articulaciones
- 2 El movimiento desplaza articulaciones pero no contra gravedad
- 3 Es capaz de realizar movimientos contra gravedad, pero no vence resistencia
- 4 Es capaz de vencer resistencia de leve a moderada
- 5 Fuerza normal esperada para el sexo y la edad del paciente

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta MI, Cañizá MJ, Romano MF, Araujo EM. *Síndrome de Guillain-Barré*. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. Abril 2007, N° 168: 15-18.  
En: [www.med.unne.edu.ar/revista/revista168/3\\_168.pdf](http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista168/3_168.pdf)
2. Asbury AK, Comblath DR. *Assessment of current diagnostic criteria for Guillain Barré syndrome*. Ann Neurol 1990; 27 (Suppl) S21-S24.
3. Bermúdez-De-Rocha MV, Lozano-Meléndez FE, Tamez-Rodríguez VA, Díaz-Cuello G, Piñeyro-López A. *Frecuencia de intoxicación con Karwinskia humboldtiana, en México*, Salud Pública Mex 1995; 37: 57-62.
4. Bernsen RA, de Jager AE, van der Meché FG, Suurmeijer TP. *How Guillain-Barre patients experience their functioning after 1 year*. Acta Neurol Scand. 2005 Jul;112(1):51-6.
5. Boyd M, Clezy K, Lindley R, Pearce R. *Pandemic influenza: clinical issues*. Med J Aust. 2006 Nov 20; 185(10 Suppl):S44-7. Review.
6. Brin J, Correa R, Gómez L, Moreno-Ríos J, Rubin J. *Síndrome de Guillain-Barré: epidemiología, diagnóstico y manejo en niños*, Hospital del Niño, Panamá, 1990-2004, CIMEL, 2006; 11(001):pp. 9-12.
7. Buompadre M.C., Ganez L.A., Miranda M., Arroyo H.A. *Variantes inusuales del síndrome de Guillain-Barre en la infancia*. Rev Neurol. 2006 Jan 16-31; 42(2):85-90.
8. Chiò A, Cocito D, Leone M, Giordana MT, Mora G, Mutani R; Piemonte and Valle d'Aosta Register for Guillain-Barré Syndrome. *Guillain-Barré syndrome: a prospective, population-based incidence and outcome survey*. Neurology. 2003 Apr 8; 60(7):1146-50.
9. Dhand UK. Review. *Clinical approach to the weak patient in the intensive care unit*. Respir Care. 2006 Sep; 51(9):1024-40; discussion 1040-1.
10. Fish M, Llewelyn G. *The Guillain-Barré Syndrome*. ACNR 2008; 8(4): 10-12. Review.
11. Frenzen PD. *Economic cost of Guillain-Barré syndrome in the United States*. Neurology 2008;71:21-27
12. Garssen MP, Schmitz PI, Merkies IS, Jacobs BC, van der Meché FG, van Doorn PA. *Amantadine for treatment of fatigue in Guillain-Barre syndrome: a randomised, double blind, placebo controlled, crossover trial*. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2006 Jan; 77(1):61-5.
13. Geier MR, Geier DA, Zahalsky AC. *Influenza vaccination and Guillain Barré syndrome*, Clinical Immunology 2003, 107: 116-121.
14. Guerrant, RL, Van Gilder T, Steiner T, Slutsker L, Tauxe R. *Practice guidelines for the management of infectious diarrhea*. CID 2001; 32: 31-50.
15. Haber P, De Stefano F, Angulo F, Iskander J, Shadomy S, Weintraub E, Chen R. *Guillain-Barré syndrome following influenza vaccination*. JAMA 2004; 292: 2478-2481. En: [www.jama.ama-assn.org/cgi/reprint/292/20/2478](http://www.jama.ama-assn.org/cgi/reprint/292/20/2478) , consultado el 05 de octubre de 2009.

16. Hadden RD, Karch H, Hartung HP, Zielasek J, Weissbrich B, Schubert J, Weishaupt A, Cornblath DR, Swan AV, Hughes RA, Toyka KV; *Plasma Exchange/Sandoglobulin Guillain-Barré Syndrome Trial Group. Preceding infections, immune factors, and outcome in Guillain-Barré syndrome*. *Neurology*. 2001 Mar 27; 56(6):758-65.
17. Harper SA, Fukuda K, Uyeki TM, Cox, NJ, Bridges, CB. *Prevention and control of Influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), Centers for Disease Control and Prevention*, 2005 July 29; 54(RR08): 1-40.
18. Hughes RA, Cornblath DE. *Guillain-Barré syndrome*. *Lancet*. 2005 Nov 5; 366(9497):1653-66.
19. Hughes RA, Raphaël JC, Swan AV, van Doorn PA. *Intravenous immunoglobulin for Guillain-Barré syndrome*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jan 25;(1):CD002063. Review.
20. Hughes RA, Swan AV, Raphaël JC, Annane D, van Koningsveld R, van Doorn PA. *Immunotherapy for Guillain-Barré syndrome: a systematic review*. *Brain*. 2007 Sep; 130(Pt 9):2245-57. Epub 2007 Mar.
21. Hughes RA, Swan AV, van Koningsveld R, van Doorn PA. *Corticosteroids for Guillain-Barré syndrome*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Apr 19;(2):CD001446. Review.
22. Jordan SC, Vo A, Tyan D, Toyota M. *Desensitization therapy with intravenous gammaglobulin (IVIG): applications in solid organ transplantation*. *Trans Am Clin Climatol Assoc*. 2006; 117:199-211; discussion 211. Review.
23. Juurlink DN, Stukel TA, Kwong J, Kopp A, McGeer A, Upshur RE, Manuel DG, Moineddin R, Wilson K. *Guillain-Barré Syndrome After Influenza Vaccination in Adults. A Population-Based Study*, *Arch Intern Med*. 2006; 166:2217-2221.
24. Khan F. *Rehabilitation in Guillain Barre syndrome*. *Aust Fam Physician*. 2004 Dec; 33(12):1013-7. Review.
25. Korinthenberg R, Schessl J, Kirschner J, Möniting JS. *Intravenously administered immunoglobulin in the treatment of childhood Guillain-Barré syndrome: a randomized trial*. *Pediatrics*. 2005 Jul; 116(1):8-14.
26. Lehmann HC, Hartung HP, Hetzel GR, Stüve O, Kieseier BC. *Plasma exchange in neuroimmunological disorders: Part 1: Rationale and treatment of inflammatory central nervous system disorders*. *Arch Neurol*. 2006 Jul;63(7):930-5. Review.
27. Lehmann HC, Hartung HP, Hetzel GR, Stüve O, Kieseier BC. *Plasma exchange in neuroimmunological disorders: Part 2. Treatment of neuromuscular disorders*. *Arch Neurol*. 2006 Aug; 63(8):1066-71. Review.
28. Lestayo-O'Farrill Z, Hernández-Cáceres JL. *Analysis of the behaviour of Guillain-Barre syndrome. Agreements and discrepancies* *Rev Neurol*. 2008 Feb 16-29; 46(4):230-7. Review. Spanish.
29. Masucci EF, Kurtzke JF. *Diagnostic criteria for the Guillain-Barré syndrome. An analysis of 50 cases*. *J Neurol Sci*. 1971 Aug; 13(4):483-501.
30. Mehta S. *Neuromuscular disease causing acute respiratory failure*. *Respir Care*. 2006 Sep; 51(9):1016-21; discussion 1021-3. Review.
31. Merlini G, Stone MJ. *Dangerous small B-cell clones*. *Blood*. 2006 Oct 15; 108(8):2520-30. Epub 2006 Jun 22. Review.

32. Moore JE, Corcoran D, Dooley JS, Fanning S, Lucey B, Matsuda M, McDowell DA, Mégraud F, Millar BC, O'Mahony R, O'Riordan L, O'Rourke M, Rao JR, Rooney PJ, Sails A, Whyte P. *Campylobacter*. *Vet Res*. 2005 May-Jun; 36(3):351-82. Review.
33. Newswanger DL, Warren CR. *Guillain-Barré Syndrome*. *American Family Physician*, 2004 ; 69(19):2406-2410. En: <http://www.aafp.org/afp/20040515/2405.pdf> .
34. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, *Para la vigilancia epidemiológica*. En: [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/017ssa24.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/017ssa24.html)
35. Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002, *Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano*. En: [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/036ssa202.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/036ssa202.html)
36. Pandey CK, Raza M, Tripathi M, Navkar DV, Kumar A, Singh UK. *The comparative evaluation of gabapentin and carbamazepine for pain management in Guillain-Barré syndrome patients in the intensive care unit*. *Anesth Analg*. 2005 Jul; 101(1):220-5, table of contents.
37. Pascual-Pascual SI. Síndrome de Guillain-Barré. *Protocolos diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neurología pediátrica* (12). Servicio de Neurología Pediátrica, Hospital Infantil Universitario La Paz, Madrid, 2008. En: [www.aeped.es/protocolos/neurologia/12-guillain.pdf](http://www.aeped.es/protocolos/neurologia/12-guillain.pdf) consultado el 05 de octubre de 2009.
38. Pfeiffer G, Schiller B, Kruse J, Netzer J. *Indicators of dysautonomia in severe Guillain-Barré syndrome*. *J Neurol*. 1999 Nov; 246(11):1015-22.
39. Pritchard J, Mukherjee R, Hughes R A C. *Risk of relapse of Guillain-Barré syndrome or chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy following immunisation*. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002 Sep; 73(3): 348-9.  
En: [www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1738021&blobtype=pdf](http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1738021&blobtype=pdf) consultado el 05 de octubre de 2009.
40. Pritchard J, Mukherjee R, Hughes RA. *Risk of relapse of Guillain-Barré syndrome or chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy following immunisation*. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002 Sep; 73(3):348-9.
41. Ropper AH. *The Guillain-Barré syndrome*. *N Engl J Med* 1992; 326:1130-1136.
42. Ruts L, van Koningsveld R, Jacobs BC, van Doorn PA. *Determination of pain and response to methylprednisolone in Guillain-Barré syndrome*. *J Neurol*. 2007 Oct; 254(10):1318-22.
43. Schattner A. *Consequence or coincidence? The occurrence, pathogenesis and significance of autoimmune manifestations after viral vaccines*. *Vaccine*. 2005 Jun 10;23(30):3876-86. Epub 2005 Apr 7. Review.
44. Seneviratne, U. *Guillain-Barré syndrome*. *Postgrad Med J*. 2000 ;76 :774-782.
45. Sharshar T, Chevret S, Bourdain F, Raphaël JC; French Cooperative Group on Plasma Exchange in Guillain-Barré Syndrome. *Early predictors of mechanical ventilation in Guillain-Barré syndrome*. *Crit Care Med*. 2003 Jan; 31(1):278-83.
46. Shoenberg BS. *Epidemiology of Guillain-Barré Syndrome*. *Adv Neurol* 1978; 19:249-60.
47. Tovar JM, Bazaldua OV. *New quadrivalent HPV vaccine developments*. *Postgrad Med*. 2008 Nov; 120(4):14-6. Review.

48. Wiffen PJ, McQuay HJ, Edwards JE, Moore RA. *Gabapentin for acute and chronic pain*. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Jul 20 ;( 3):CD005452. Review.
49. Yu RK, Usuki S, Ariga T. *Ganglioside molecular mimicry and its pathological roles in Guillain-Barré syndrome and related diseases*. Infect Immun. 2006 Dec; 74(12):6517-27. Epub 2006 Sep 11. Review.

## 7. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y de la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia, las gestiones realizadas para que el personal adscrito al Centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, y el apoyo, en general, al trabajo realizado por estos expertos.

## 8. COMITÉ ACADÉMICO

### Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

M. en A. María Luisa González Rétiz	Directora General
Dr. Esteban Hernández San Román	Director de Evaluación de Tecnologías en Salud
M. en A. María de Lourdes Dávalos Rodríguez	Coordinadora Sectorial de Guías de Práctica Clínica
M. en A. Héctor Javier González Jácome	Subdirector de guías de práctica clínica
Dr. Luis Agüero y Reyes	Asesor de guías de medicina interna
Dr. Domingo Antonio Ocampo	Asesor de guías de pediatría
Dra. Jovita Lorraine Cárdenas Hernández	Asesora de guías de gineco-obstetricia
Dr. Eric Romero Arredondo	Asesor de guías de cirugía
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa	Investigación documental
Lic. Ana María Otero Prieto	Comunicación y logística
Lic. Margarita Isela Rivera Ramos	Diseño gráfico
Lic. Alejandra Thomé Martínez	Revisión editorial

## 9. DIRECTORIOS

### Directorio sectorial.

#### 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 Morín.

#### 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.

### Directorio institucional.

#### Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

Dra. Teresita Corona Vázquez.

#### Directora General.

Dr. Miguel Ángel Celis López.

#### Director Médico.

Dra. María Lucinda Aguirre Cruz.

#### Directora de Investigación.

Dr. Ricardo Colín Piana.

#### Director de Enseñanza.

## 10. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

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