



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

SINDROME GUILLAIN BARRE

PRESENTA

Ángel José Ventura Trejo

Medicina física y de rehabilitación

Dr. Antonio de Jesús Pérez Aguilar

Comitán De Domínguez, Chiapas, 16 de octubre de
2020

El síndrome de Guillain-Barré es una polineuropatía de tipo inflamatorio que tiene una progresión rápida, realmente la causa al 100% no está clara pero se considera que es autoinmunitaria esto posterior a infecciones ya sean víricas o bacterianas como ejemplo se puede dar el campylobacter yeyuni, también pueden ser virus entéricos, entéricos el en y el Epstein Barr y de Mycoplasma.

Dentro de su fisiopatología podemos que decir Qué es un síndrome inmunitario que ataca al sistema nervioso periférico principalmente estos van a afectar a los nervios que controlan los movimientos musculares Asimismo también se afectan los nervios a las uniones nociceptoras como las dolorosas las térmicas y las táctiles Por ende esto nos va a producir una debilidad muscular y en muchos casos y muy común la pérdida de sensibilidad en las piernas y los brazos esta puede ser encontrada en cualquier persona y en cualquier edad pero es más frecuente en los adultos y principalmente en el sexo masculino.

En Los criterios diagnósticos vamos a encontrar diferentes tipos pero el principal encontramos que como Pilar se debe de tener una historia clínica donde nosotros debemos de investigar los antecedentes de infecciones o inmunizaciones pero debemos también de tener mente Los criterios clínicos sobre el síndrome de Guillain Barré Para este punto debemos de ver si el paciente cumple con Los criterios o no cumple con Los criterios, También durante la clínica veremos que Durante los primeros ocho a 10 días posteriores a una afección causal tendremos un deterioro mínimo neurológico refiriéndonos a los trastornos con las parestesias en las extremidades que Irán ascendiendo lentamente posterior va a sentir una debilidad muscular en las extremidades también vamos a lograr la hipotonía e hiporexia los cuales nos van a afectar los reflejos tendinosos profundos, pero También debemos de individualizar al paciente ya que no en todos puede ser igual ya que en algunos puede ser global no puede predominar en las raíces o en los extremos de los miembros afectados Pero cuando la afección llega a los nervios craneales podemos encontrar parálisis facial bilateral y en raras ocasiones se puede afectar el músculo cardíaco por las funciones automáticas, Posterior a ésta Se va hacer un estudio de líquido cefalorraquídeo en el cual veremos si hay o no una disociación albuminocitológica también podemos encontrar las proteínas elevadas después de la primera semana obvien células estás No más de 10 leucocitos por milímetro cúbico, También podemos hacer estudios electrofisiológicos donde nosotros vamos a encontrar que la velocidad de conducción está disminuida hasta en un 60% depende del proceso que pasa el paciente también en algunos casos se puede encontrar el bloqueo de conducción en un 80% otro lado también podemos tener un aumento de latencia distal es y una latencia de la Honda f1 mentada o bien ya sea ausente. Posterior a todos los estudios que se pueden hacer para poder diagnosticarlo a un 100% debemos de tener manifestaciones un poco diferentes ya que debemos de tener en el paciente debilidad motriz que va a ser progresiva ya sea en más de un

miembro y otras manifestaciones que sustentan el diagnóstico va a ser la areflexia, Encontraremos una disfunción autonómica en algunos casos encontraremos ligeras alteraciones sensitivosensoriales refería a el electrofisiológico Encontraremos retardos de la velocidad de conducción también habrá una debilidad asimétrica que en algunos casos será muy notoria más que en otros casos.

Tratamiento, guía de practica clínica menciona Qué tenemos dos opciones para el tratamiento la primera elección sería administrar inmunoglobulinas adjunto a esto se debe también dar un tratamiento de soporte para el control del dolor tengo que dar tratamiento para profilaxis para trombosis venosa profunda y en ciertos casos Si es necesario y es requerido apoyo ventilatorio posterior a esto tenemos que dar un tratamiento de soporte y un programa de rehabilitación y posterior se debe de vigilar y Dar seguimiento de los síntomas y de los signos de la enfermedad, mientras que de la segunda elección encontramos que se puede dar plasmaféresis posterior tenemos qué especificar en la escala de Hughes >2 , sí está es dos o menos se debe de realizar dos sesiones de plasmaféresis mientras si es más de 2 se deben de realizar cuatro sesiones de plasmaféresis posterior a esto se debe dar un tratamiento de soporte y el programa de rehabilitación de igual manera como en el anterior se debe de vigilar y darle seguimiento a los signos y síntomas de la enfermedad en este punto en ambas se debe de continuar el tratamiento de soporte y continuar con el programa de rehabilitación posterior y pasando un tiempo se debe de valorar las secuelas y posible egreso de la unidad se debe de referir al primer nivel o al segundo referente a las condiciones que únicas que tenga el paciente.

Las dosis para la inmunoglobulina intravenosa debe hacer una dosis total de 2 mg/kg en Infusión continua se va a dividir en un gramo por kilogramo día por dos días o .4g/kg/día por 5 días.

Para aliviar el dolor para la profilaxis trombótica profunda se puede dar medicamentos establecidos o el de mayor confianza a excepción de los esteroides orales y parenterales estos no son recomendados para el tratamiento del síndrome de guillain-barré

para El tratamiento de soporte se recomienda el uso de Paracetamol o bien algún otro año de confianza como primera línea para el control del dolor leve y moderado pero en caso de que el control no sé el adecuado o hay algún a aumento de ser Gaby gabapen gabapentin o qué es con por como ejemplo se puede dar el buprenorfina o fentanilo, también recomendar el uso de media el elásticas de compresión entre 18-20mmHg Esto durante el período de incapacidad para la deambulaci3n voluntaria del paciente.

En la fisioterapia se trabajará mediante movilizaciones dentro del Arango de las articulaciones en forma pasiva y controlada obviamente se debe de respetar la

fisiología articular y también hay que tomar mucho en cuenta el dolor que tenga el paciente y como beneficio extra se puede prevenir con esos movimientos la aparición de las complicaciones como la trombosis venosa profunda.

Otro punto fundamental en estas rehabilitaciones es la ejercitación de la musculatura respiratoria. Este es uno de los objetivos, es fortalecerla y prevenir las complicaciones a nivel respiratorio, esto con el fin de que se entrene su respiración y la musculatura y se pueda desistir de la respiración asistida.

Por último, el paciente tendrá sesiones o se beneficiará con técnicas de masaje para favorecer la circulación, prevenir las contracturas y estimular sensitivamente. Posterior a esto, cuando el paciente recupera la sensación o un poco y también recupera un poco el control motor, se puede implementar ejercicios asistidos, activos y con consistencia suave, esto tomando en cuenta la fatiga del paciente, ya que si llegamos a una fatiga será contraproducente para el paciente.

Fuentes de información

Manuales MSD. (2019, 22 septiembre). Síndrome de Guillain-Barré (SGB). Manual MSD versión para profesionales.

Taboada, R. (2018, 7 septiembre). Protocolo diagnóstico y terapéutico del síndrome de Guillain-Barré.

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/089_GPC_SxGBarre2y3NA/GuillainBarrE_R_CENETEC.pdf

Síndrome de Guillain-Barré: protocolo de actuación fisioterápica. (2017, 6 octubre). eFisioterapia.

Guillain Barré. (2019, 16 abril). Fisioterapia Neurológica. <https://www.fisioterapianeurologica.es/patologias/guillain-barre/>

World Health Organization: WHO. (2016, 31 octubre). Síndrome de Guillain-Barré. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/guillain-barr%C3%A9-syndrome>