



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Resumen

MATERIA

Medicina física y de rehabilitación

DOCENTE:

Dr. Pérez Aguilar Antonio de Jesús

PRESENTA

González Requena Nymssi Michell

Comitán de Domínguez, Chiapas a 18 de octubre del 2020

Síndrome de Guillain-Barré

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.

La enfermedad evoluciona en 3 fases, denominadas: de progresión, estabilización y regresión, que suelen completarse en 3 a 6 meses.

-  **1.** Fase de progresión del trastorno neurológico: Es la etapa comprendida entre el inicio de las manifestaciones clínicas y su acmé. Dura, de manera bastante regular, desde algunas horas hasta aproximadamente cuatro semanas; como promedio, ocho días.
-  **2.** Fase de estabilización: Es la etapa comprendida entre el final de la progresión y el inicio de la recuperación clínica. Tiene una duración promedio de 10 días. Esta etapa puede estar ausente o ser muy breve.
-  **3.** Fase de recuperación/regresión: Es la etapa comprendida entre el inicio de la recuperación y su final. A partir de entonces, los defectos neurológicos que persistan pueden considerarse secuelas. Tiene una duración aproximada de un mes, pero este tiempo varía de un individuo a otro dependiendo de la gravedad y extensión del daño neurológico.

Diagnostico

<i>Datos clínicos</i>	<i>Pruebas de LCR</i>	<i>Pruebas electrofisiológicas</i>
<ul style="list-style-type: none">➤ <i>Progresión desde unos días a 4 semanas.</i>➤ <i>Relativa simetría</i>➤ <i>Alteraciones sensoriales leves</i>➤ <i>Compromiso de pares craneales incluyendo el facial</i>➤ <i>Recuperación que comienza 2 a 4 semanas después de detenerse la progresión</i>➤ <i>Disfunción autonómica</i>➤ <i>Ausencia de fiebre una vez instalado el síndrome</i>	<ul style="list-style-type: none">➤ <i>Proteínas elevadas después de una semana</i>➤ <i>Menos de 10 linfocitos/mm³</i>	<ul style="list-style-type: none">➤ <i>Conducción nerviosa lenta</i>➤ <i>Latencias distales prolongadas</i>➤ <i>Respuestas tardías anormales</i>

Tratamiento



Inmunoglobulina intravenosa

Comenzar el tratamiento lo antes posible. La pauta más común es 0,4 gr/Kg de peso y día durante 5 días. No se ha demostrado en adultos diferencias significativas en la evolución empleando esta dosis durante 3 días o 6 días. En niños el resultado es el mismo si se emplea la misma dosis total pero administrada sólo en 2 días (1 gr/k/día). Se observan recaídas en un 5% de los casos, que se tratan con una nueva dosis de 0,4 gr/K en un día. La tasa de recaídas es similar tras plasmaféresis.

Plasmaféresis

Debe realizarse cuanto antes, preferiblemente en la primera semana, aunque puede llegar a ser útil incluso en el primer mes¹³. Se ha observado que el número mínimo eficaz es de dos sesiones. En los casos leves (estadio funcional de 2 ó 3) basta con dos sesiones y la evolución con ellas es mejor y más rápida que sin ellas. Los casos moderados (estadio 4) evolucionan mejor con 4 sesiones que con dos. Los casos graves (estadio 5) requieren cuatro recambios, y su evolución no mejora aumentando a seis. Los recambios son de unos 40 cc/Kg en cada uno, y se hacen a días alternos. Las recaídas (empeoramiento 1-2 semanas tras la mejoría inicial) se pueden tratar con nuevos recambios plasmáticos, o bien con IgG i.v.

Corticoides

Los corticoides por vía oral no mejoran la evolución sino que retrasan la recuperación. La pulsoterapia de metilprednisolona (500 mg/día durante 5 días) no ha mostrado mejoría respecto al placebo en seis ensayos dobleciego.

Rehabilitación física

fisioterapeuta trabajará mediante movilizaciones todo el rango de las articulaciones, de manera pasiva y controlada, respetando la fisiología articular y el dolor del paciente. Mediante esta movilización también se previene la aparición de complicaciones como la trombosis venosa profunda.

Por otro lado, otro punto fundamental de la rehabilitación en la fase aguda, consiste en la ejercitación de la musculatura respiratoria, con el objetivo de fortalecerla y prevenir complicaciones a este nivel. Se busca un reentrenamiento y prescindir de la ventilación asistida en los casos en los que sea necesaria. Finalmente y no por ello menos importante, en esta fase el usuario se beneficiará de técnicas de masaje con el objetivo de favorecer la circulación, prevenir contracturas y estimular sensitivamente.

A medida que el usuario va recuperando la sensación y el control motor, pueden implementarse progresivamente ejercicios asistidos, activos y con resistencia suave, respetando siempre y en todo momento la fatiga del paciente.

Guillain-Barré Escalas para la evaluación del síndrome de

<i>Escala funcional de Huges</i>		<i>Escala de fuerza muscular</i>	
0	Paciente sano	0	No realiza ningún movimiento
1	Paciente con mínimos síntomas motores con capacidades manuales conservadas	1	Realiza movimiento pero es incapaz de desplazar articulaciones
2	Camina sin ayuda, pero capacidades manuales limitadas	2	El movimiento desplaza articulaciones pero no contra gravedad
3	Requiere ayuda para la de ambulación	3	Es capaz de realizar movimientos contra gravedad, pero no vence resistencia
4	Confinado a silla de ruedas o cama	4	Es capaz de vencer resistencia de leve a moderada
5	Requiere ventilación mecánica	5	Fuerza normal esperada para el sexo y la edad del paciente
6	Muerte		

Referencias

GPC. Diagnóstico y manejo del síndrome de Guillain-Barre. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/064_GPC_GuillanBarreIerNA/SA_064_08_GRR.pdf

OMS/OPS (2016). síndrome de Guillain-Barre. Recuperado de https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=vigilancia-de-la-salud-publica&alias=724-boletin-informativo-de-guillain-barre&Itemid=235

Pascual, S. (sf). síndrome de Guillain-Barre. Servicio de neurología pediátrica. Madrid, La Paz. Recuperado de <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/12-guillain.pdf>