



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

GUILLAIN BARRÉ 2

MATERIA: NEUROLOGÍA

ALUMNA: DANIA ESCOBEDO CASTILLO

CARRERA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: SEXTO GRUPO A

GULLLAIN BARRE'

Enfermedad inflamatoria y es
la causa más común de parálisis flaccida
aguda, con una incidencia de 1-2 por
cada 100,000 al año.
Ocurre con más frecuencia en hombres
que en mujeres; la incidencia aumenta
con la edad.

SGTB encuentran

→ Debilidad y signos sensoriales
en piernas que progresan
a brazos y músculos craneales.

DIAGNÓSTICO

- Historia clínica del paciente
- Exámenes electrofisiológicos
- Exámenes neurológicos
- Exámenes de CSF

Esta es una enfermedad monofásica
los recálculos ocurren en el 25% de los.

CUANDO
CLINICA

SOSPECHAR DE SGB.

TÍPICA

→ Debilidad lateral de piernas
o brazos, en ausencia de afectación
a SNC.

→ Parestesias distales o pérdida
sensorial

→ Reflejos disminuidos o ausentes.

→ Disautonomía.

→ Dolor

CLINICA

ATÍPICA

→ Signos de debilidad asimétricos

→ Dolor severo o difuso

→ En algunos ex reflejos normales
o exagerados.

VARIANTES

→ Sin progresión.

→ sensorio motor clásico

→ motor puro

→ Paraneurítico

→ Faringeo-cervical

→ Parálisis facial

→ Síndrome de Miller Fisher.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS NECESARIOS.

- Debilidad progresiva bilateral
- Reflejos tendinosos ausentes o disminuidos.

CUANDO ADMITIR A UCI.

- Dificultad respiratoria o insuf. respiratoria.
- Disfunción cardiovascular
- Disfunción grave de la coagulación

CUANDO COMENZAR TRATAMIENTO.

→ Inicio de inmunomodulación durante las 2 semanas posteriores al inicio de la debilidad.

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO.

IgIV₂ Recambio plasmático.

PLANES DE COMPLICACIONES TERAPÉUTICAS
PLANES DE PROGRESIÓN CLÍNICA
PREPARAR RESULTADO REHABILITACIÓN.
CUALIFICAR