

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y TRASPLANTE
GRUPO NACIONAL DE MEDICINA INTENSIVA Y EMERGENCIAS

TIPO DE DOCUMENTO: RECOMENDACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

ENFERMEDAD: SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

ÁMBITO DE LA APLICACIÓN

Dirigido a los profesionales de la salud responsabilizados con la atención a pacientes que ingresen con el diagnóstico del Síndrome de Guillain-Barré (SGB).

ALCANCE

Las siguientes recomendaciones serán consideradas para todos los pacientes que ingresen con el diagnóstico de SGB en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y de atención al grave del territorio nacional.

CÓDIGO: UCI.RT 001-2024

EMISIÓN No. 1.1

TOTAL DE PÁGINAS: 8

FECHA: JULIO 2024

VALIDEZ: Válidas hasta la próxima actualización.

ELABORADO POR:

Grupo Nacional de Medicina Intensiva y Emergencias

Departamento de Urgencias, Emergencias y Trasplante

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una enfermedad inmunológica del nervio periférico y las raíces nerviosas, poco frecuente, potencialmente mortal y que suele desencadenarse por infecciones. La incidencia del SGB puede aumentar durante el brote de enfermedades infecciosas.

Estas recomendaciones pretenden ayudar a los prestadores de atención médica en la orientación hacia la toma de decisiones clínicas; sin embargo, es vital que cada institución revise sus

protocolos de atención y los adecue según el contexto, ésta enfermedad tiene formas de presentación y evolución variable por lo que cada paciente requiere revisión permanente y adecuación de estrategias en su seguimiento.

DIAGNÓSTICO

En pacientes con sospecha de síndrome de Guillain-Barré. ¿Cuáles son los criterios que podemos usar para el diagnóstico?

Se recomiendan usar criterios diagnósticos de Brighton

1. Debilidad muscular bilateral y flácida en extremidades
2. Hiporreflexia o arreflexia en extremidades débiles
3. Patrón de enfermedad monofásico
4. Inicio a nadir de la debilidad: 12 h – 28 días + meseta subsecuente
5. Disociación albúmino-citológica en líquido cefalorraquídeo (elevación de proteínas y número de leucocitos < 50 células/)

En los pacientes con diagnósticos de sospecha de SGB se sugiere realizar punción lumbar basal para el diagnóstico diferencial o evaluar si existe disociación albúmino-citológica en el LCR o; si el estudio de LCR se realizó en la primera semana de inicio de la enfermedad, para detectar disociación albúmino-citológica se podría repetir el estudio a partir de la segunda semana.

6. Hallazgos electrofisiológicos consistentes con síndrome de Guillain-Barré
7. Ausencia de un diagnóstico alternativo identificado de la debilidad.

No olvidar:

En el SGB los antecedentes, los síntomas y signos clínicos son la principal evidencia para el diagnóstico pues muchos estudios de laboratorio se modifican cuando la enfermedad ha progresado.

El estudio de muestras para pacientes con antecedentes de infecciones no debe retardarse pues aunque no definen el diagnóstico del SGB sí determinan posibles causas etiológicas o su correlación con las mismas.

ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO

Ante la presencia de los síntomas debe explorarse detalladamente todo paciente que se reciba en cualquier nivel de atención.

Todas las pacientes obstétricas embarazadas y puérperas con sospecha o diagnóstico de SGB ingresarán en UCI.

Independientemente de la gravedad de los síntomas la evolución debe ser multidisciplinaria y el seguimiento siempre debe ser servicio de hospitalización con vigilancia médica y de enfermería.

Debe vigilarse regularmente fuerza muscular, funciones respiratoria, deglutoria, autonómicas, cardiovascular y control vesical e intestinal.

Criterios de gravedad

- Progresión rápida de la debilidad muscular
- Compromiso de funciones vitales
- Disfunción autonómica
- Disfunción de la deglución

Se recomienda uso de escalas para la evaluación clínica

<p>Escala de discapacidad de Hughes para SGB: 0 = sano, 1 = síntomas menores, capaz de correr, 2 = capaz de caminar 10 metros sin asistencia, pero incapaz de correr, 3 = capaz de caminar 10 metros con ayuda, 4 = postrado o en silla de rueda, 5 = requiere ventilación mecánica al menos parte del día</p>
--

Tratamiento

Tratamientos específicos

Inmunoglobulina intravenosa

El tratamiento con inmunoglobulina intravenosa debería realizarse en pacientes con SGB con inicio de los síntomas de menos de 2 semanas, preferiblemente dentro de la primera semana, con enfermedad rápidamente progresiva, que no pueden caminar sin ayuda (escala de gravedad de SGB > 2) o aquellos que desarrollan debilidad progresiva en musculatura orofaríngea y ventilatoria.

Administrar inmunoglobulina intravenosa a dosis total de 2 g/kg en infusión continua. Dividida en: 1 g/kg/día por 2 días o 0,4 g/kg/día por 5 días. Elegir el esquema de acuerdo con las condiciones clínicas y comorbilidades del paciente.

La administración de inmunoglobulina intravenosa posterior a la plasmaféresis no ofrece mayor beneficio en los pacientes con síndrome de Guillain-Barré por lo que se debe evitar el uso de ambas terapias en el mismo paciente

Plasmaféresis

En pacientes con síndrome de Guillain-Barré de severidad moderada en adelante, se recomienda el tratamiento con plasmaféresis, según disponibilidad y ausencia de contraindicaciones.

El tratamiento con plasmaféresis se podría realizar en pacientes con SGB con un tiempo de inicio de los síntomas menor a 4 semanas, preferiblemente dentro de las 2 semanas con enfermedad rápidamente progresiva, quienes no pueden caminar sin ayuda (escala de severidad de Hughes > 2) o aquellos que desarrollan debilidad progresiva en musculatura orofaríngea y ventilatoria.

En estos casos se podría realizar 4 sesiones de plasmaféresis en un periodo de 8 a 10 días de acuerdo a la evolución del paciente y ante falla o refractariedad podría ampliarse el número de sesiones según sugerencia de expertos.

La plasmaféresis se podría realizar tanto con albúmina humana al 5% como con plasma fresco congelado. Si se cuenta con ambas alternativas preferir el uso de albúmina humana al 5%.

Se requiere personal entrenado para la administración apropiada de plasmaféresis. El volumen de plasma recambiado se debe calcular mediante la siguiente fórmula: Volumen de plasma estimado (litros) = $0,07 \times \text{peso (kg)} \times (1 - \text{hematocrito})$.

Medidas generales

No olvidar que en el SGB las **medidas generales**, el soporte vital y el seguimiento continuo es de vital importancia por lo que no puede dejar de cumplirse la terapia nutricional adecuada, profilaxis de la úlcera por presión, de la trombosis venosa profunda, de infecciones, entre otras.

Debe tratarse adecuadamente la disfunción autonómica recordar que la bradicardia muchas veces no responde a la atropina y se requiere de marcapasos transitorios.

Ventilación mecánica

La ventilación artificial mecánica invasiva es requerida en el 25% de los casos.

En estos pacientes por el tipo de insuficiencia respiratoria aguda, la oxigenoterapia convencional, con cánula de alto flujo y la ventilación no invasiva (VNI) no están indicadas, la VNI casi nunca es posible, porque requieren sedación profunda para la reducción del estrés a que están sometidos, tienen marcada debilidad muscular, dificultad para tragar y riesgo de broncoaspiración.

Se recomienda emplear, siempre que la evolución del paciente lo permita, modos de ventilación para evitar la atrofia diafragmática (la implementación precoz de formas de ventilación espontánea como CPAP-ASB para evitar la atrofia diafragmática.

Es factible la realización de traqueotomía precoz en pacientes con ventilados en la fase de meseta de la afección o en los que se predice una ventilación prolongada.

Tratamientos rehabilitador

En pacientes con síndrome de Guillain-Barré se recomienda el tratamiento preventivo y rehabilitador de las discapacidades, de forma precoz, bajo un enfoque multidisciplinario e integral, con la frecuencia necesaria de acuerdo a las características clínicas y necesidad de cada paciente.

Para el manejo del dolor el tratamiento rehabilitador multidisciplinario podría ser beneficioso. Sin embargo, el paciente con SGB debería recibir tratamiento de dolor según su necesidad y de acuerdo a los protocolos locales.

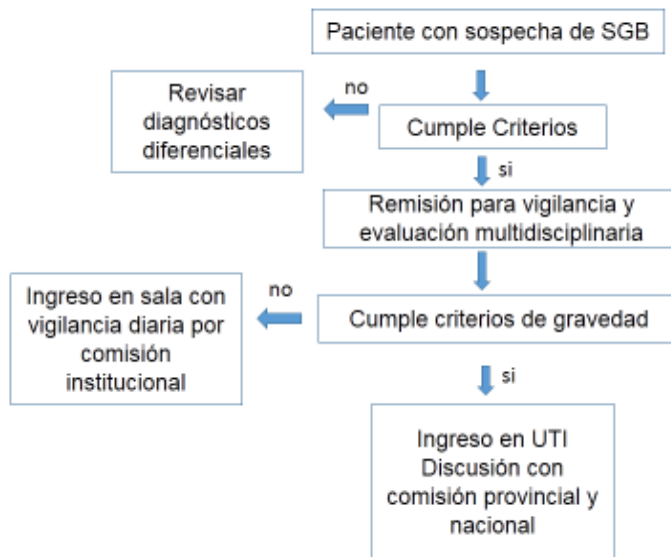
Para prevenir el desarrollo de UPP el tratamiento rehabilitador multidisciplinario podría ser beneficioso. Sin embargo al paciente con SGB se le debería prevenir o tratar las UPP según su necesidad y de acuerdo a los protocolos locales

Para prevenir la TVP el tratamiento rehabilitador multidisciplinario podría ser beneficioso. Sin embargo al paciente con SGB se le debería prevenir el desarrollo de TVP mediante tratamiento profiláctico

LO QUE NO DEBE HACERSE EN EL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ (SGB).

- Olvidar que es una emergencia médica (puede ser rápidamente progresiva, con insuficiencia respiratoria que requiere ventilación mecánica)
- Retardar el ingreso en unidades de atención al grave, siempre que sea factible en UCI.
- Esperar el resultado del estudio citoquímico del líquido cefalorraquídeo para iniciar el tratamiento (generalmente la clásica disociación albúmino-citológica ocurre luego de una semana del inicio de los síntomas).
- No tener en cuenta la existencia de formas atípicas del SGB.
- No emplear precozmente el tratamiento específico con Intacglobin (IgG) IV o plasmaféresis de contarse con el mismo.
- Emplear esteroides orales, parenterales o intratecales sin fundamentación.
- Olvidar que las medidas generales de profilaxis a TVP, infecciones, úlceras y la fisioterapia son determinantes
- No trabajar en equipo multidisciplinar (intensivistas, neurólogos, fisioterapeutas, enfermería, nutriólogos, cirujanos, entre otros).
- Olvidar la sedación profunda para reducir el estrés y la analgesia para el dolor (para la analgesia, evitar opioides, como alternativas emplear gabapentina, carbamazepina).
- Emplear rutinariamente antibióticos aminoglucósidos (a diferencia de lo que ocurre en la miastenia gravis, los aminoglucósidos no están contraindicados en el SGB, pero pueden provocar parálisis neuromuscular y respiratoria en dosis altas, por un efecto similar al curare y empeorar la evolución. En caso se presentarse, puede ser reversible si se administra precozmente gluconato de calcio o neostigmina).
- No considerar diagnósticos alternativos.
- No activar la comisión de atención a la materna grave y al PAMI en todas las gestantes y puérperas con sospecha de SGB.
- Indicar estudios de neuroimagen (TC, RMN) rutinariamente.

SE RECOMIENDA EL SIGUIENTE ALGORISMO PARA DEFINIR INGRESO Y SEGUIMIENTO



SE RECOMIENDA EL SIGUIENTE ALGORISMO TERAPÉUTICO

