



Organización  
Panamericana  
de la Salud



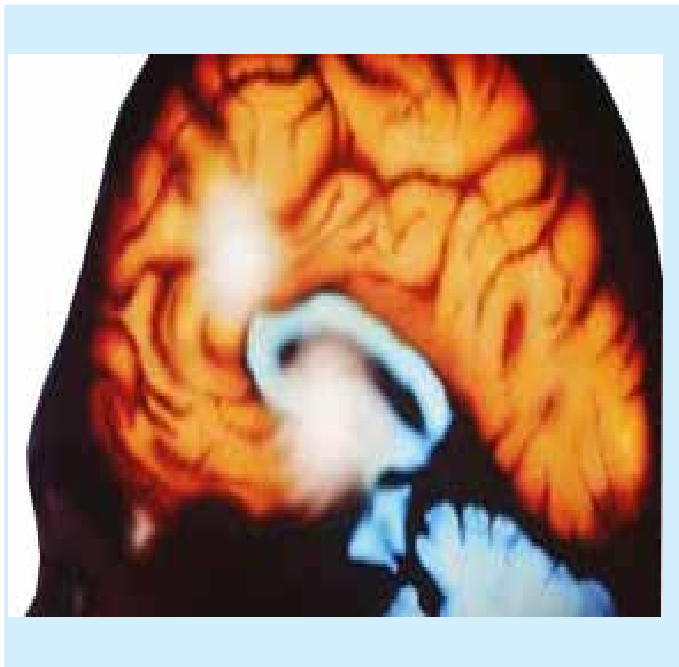
Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

# SÍNDROME Guillain-Barré

Febrero 2016

## SÍNDROME

# Guillain-Barré



El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía inflamatoria aguda de evolución rápida y potencialmente fatal, es una enfermedad autoinmune, autolimitada, desencadenada generalmente por un proceso infeccioso; es considerada una neuropatía periférica aguda relativamente rara (ocurren anualmente entre 1 y 2 casos por cada 100,000 personas), cursa con trastornos somáticos motores y sensitivos, así como con manifestaciones disautonómicas. Los pacientes desarrollan una parálisis motor, clásicamente ascendente, que comienza en los miembros inferiores, progresa en horas o días a los músculos del tronco, de los miembros superiores, cervicales y de inervación craneal (por ejemplo, músculos faciales, de la deglución y de la fonación) (9).

Puede provocar discapacidad prolongada que puede tratarse con rehabilitación; en 30% de los pacientes, el curso de la enfermedad puede ser fulminante, con evolución rápida que requiere asistencia ventilatoria a los pocos días (2).

## CUADRO CLÍNICO

Los síntomas iniciales consisten en sensación de “adormecimiento” y “alfilerazos” en los dedos de los pies y en las manos, y en ocasiones por dolor en la región lumbar baja o en las piernas, seguido de debilidad muscular que suele iniciarse en los miembros inferiores para después afectar otros territorios. Esta debilidad es a veces progresiva y puede afectar sucesivamente piernas, brazos, músculos respiratorios y pares craneales, todo lo cual configura el cuadro clínico de parálisis ascendente de Landry. La afectación de pares craneales ocurre en el 25 % de los casos, siendo la paresia facial bilateral la más característica, aunque también pueden ocurrir debilidad en los músculos de la deglución, fonación y masticación (11).

La enfermedad evoluciona en 3 fases, denominadas: de progresión, estabilización y regresión, que suelen completarse en 3 a 6 meses (11).

### 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.

El 80 % de los pacientes se recuperan completamente o con déficit pequeños. Entre el 10 y el 15 % quedarán con secuelas permanentes; el resto morirá a pesar de los cuidados intensivos. Las causas de muerte incluyen: distrés respiratorio agudo, neumonía nosocomial, broncoaspiración, parocardiaco inexplicable y tromboembolismo pulmonar (11).

Los Factores asociados al mal pronóstico son:

- » Edad mayor de 60 años.
- » Progresión rápida de la enfermedad (menos de 7 d).
- » Extensión y severidad del daño axonal (amplitud motora distal media menor del 20 % de lo normal).
- » Enfermedad cardiorrespiratoria preexistente.
- » Tratamiento tardío.

## Diagnóstico

Hallazgos que apoyan fuertemente el diagnóstico (11):

- a) Datos clínicos en orden de importancia
- Progresión desde unos días a 4 semanas
  - Relativa simetría
  - Alteraciones sensoriales leves
  - Compromiso de pares craneales incluyendo el facial
  - Recuperación que comienza 2 a 4 semanas después de detenerse la progresión
  - Disfunción autonómica
  - Ausencia de fiebre una vez instalado el síndrome

- b) Estudio del líquido cefalorraquídeo
- Proteínas elevadas después de una semana
  - Menos de 10 linfocitos /mm<sup>3</sup>
- c) Pruebas electrofisiológicas
- Conducción nerviosa lenta
  - Latencias distales prolongadas
  - Respuestas tardías anormales

## Diagnóstico diferencial (10)

### Enfermedad de motoneurona

- » Forma aguda de atrofia muscular espinal progresiva (esclerosis lateral amiotrófica)
- » Forma bulbar (disartria, disfagia y denervación de lengua)
- » Poliomielitis viral aguda
- » Otros virus neurotrópicos (Coxsackie, Ecovirus)
- » Enterovirus, Virus del Oeste del Nilo

### Polineuropatía

- » Otras formas de Guillain-Barré: neuropatía motora axonal aguda, neuropatía aguda motora-sensitivo, pandisautonomía aguda, Miller-Fisher
- » Intoxicación por tullidora
- » Polineuropatía del enfermo grave en terapia intensiva
- » Porfiria
- » Vasculitis, paraproteinemia
- » Neurotoxicidad por metales (arsénico, plomo, talio) abuso o intoxicación por sustancias y drogas, toxinas biológicas, efecto medicamentos
- » Borreliosis (enfermedad de Lyme)

### Trastornos de la transmisión neuromuscular

- » Miastenia gravis autoinmune

- » Síndrome miasténico paraneoplásico
- » Botulismo
- » Hipermagnesemia
- » Aminoglucósidos
- » Agentes bloqueadores neuromusculares (pancuronio o vecuronio)

### Trastornos musculares y metabólicos

- » Parálisis hipokalémica aguda
- » epleción crónica de potasio
- » Parálisis tirotóxica periódica
- » Parálisis hipokalémica periódica familiar
- » Parálisis hiperkalémica periódica familiar
- » Miopatías necrotizantes
- » Deficiencia de maltasa ácida
- » Miopatía mitocodria

## Tratamiento

Por la posibilidad de deterioro rápido, todos los pacientes con diagnóstico presuntivo de SGB en fase de progresión, deben ser hospitalizados en una sala de vigilancia intensiva para el monitoreo de la función respiratoria.

El manejo de la función respiratoria debe incluir la permeabilidad de las vías aéreas, la capacidad del paciente para toser y expectorar, la evaluación de la mecánica ventilatoria la habilidad para tragar y la aparición de síntomas y signos de hipoxemia y/o hipercapnia.

Los criterios establecidos para iniciar la asistencia ventilatoria mecánica son los siguientes (11):

- » Capacidad vital menor de 15 mL/kg.

»Presión inspiratoria máxima menor de -20 cm de H<sub>2</sub>O

»Presión espiratoria máxima menor de 40cm de H<sub>2</sub>O

»Parálisis bulbar o disfagia con peligro de broncoaspiración

»Hipoxemia y/o hipercapnia

Las principales medidas terapéuticas incluyen plasmaféresis y la administración intravenosa de inmunoglobulinas.

La plasmaféresis consiste en el intercambio de plasma por albúmina o por plasma fresco congelado, se extraen 50 mL/kg en días alternos hasta completar 5 sesiones. Su efectividad quedó demostrada en varios estudios.

Se recomienda su uso precoz, principalmente en las 2 primeras semanas, en la fase de progresión de SGB severo y en las recaídas; se plantea que mejora la evolución de la enfermedad, así como acorta el tiempo de ventilación mecánica.

El uso de inmunoglobulinas se aconseja al menos 5 dosis de 400 mg/kg/d en las 2 primeras semanas.

## SITUACIÓN EN EL MUNDO

Se estima que la incidencia anual del SGB oscila entre 0.4 y 4.0 casos por 100,000 habitantes por año. En Norteamérica y en Europa el SGB es más común en adultos y aumenta de manera constante con la edad. Varios estudios indican que los hombres tienden a ser más afectados que las mujeres (8).

## SITUACIÓN EN LAS AMÉRICAS

En Cuba su incidencia anual es de 0.8 a 1 x 100,000 habitantes, ésta puede variar al existir epidemias únicas tales como influenza, dengue y conjuntivitis hemorrágica (5)

## SITUACIÓN EN NICARAGUA

En el período 1997-2012, se registra un total de 123 defunciones, 64% en sexo masculino y 36% en sexo femenino (Ver Tabla 1), el 13.8% fue en grupo de edad de 20 a 24 años, 9.8% en edad de 25 a 29 años, 8.1% en edad de 45-49 años. El 52.8% de las defunciones se registraron en los SILAIS de Managua (27.6%), León (8.9%), Chontales (8.1%) y Masaya (8.1%) (Ver Tabla 4) (6).

La tasa de mortalidad general en el período 2005-2012, presenta una tendencia ascendente al pasar de 0.09 a 0.18 por 100,000 habitantes, sin embargo la tasa de mortalidad específica para el grupo de edad de 55 años a más, es cuatro veces mayor el valor de la tasa de país (Ver Tabla 5). En promedio fallecen 8 personas anualmente por SGB (6).

Ilustración 1. Tendencia de la tasa de mortalidad por SGB Nicaragua, 2005-2012

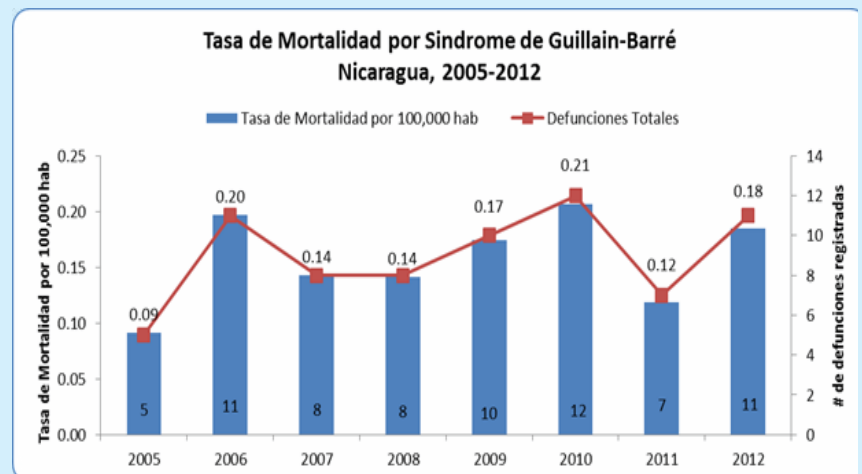
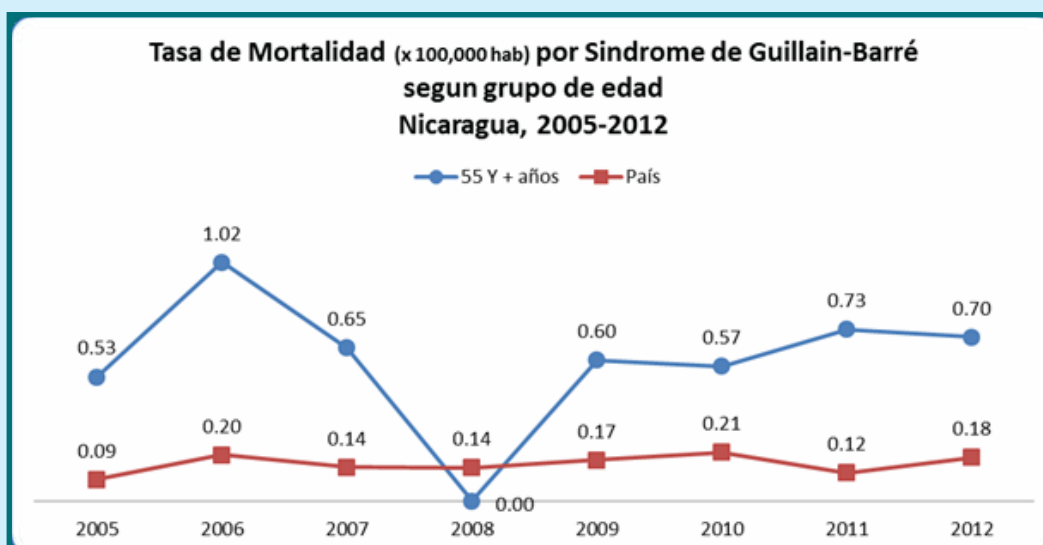


Ilustración 2. Tasa de Mortalidad por SGB según grupo de edad  
Nicaragua, 2005-2012

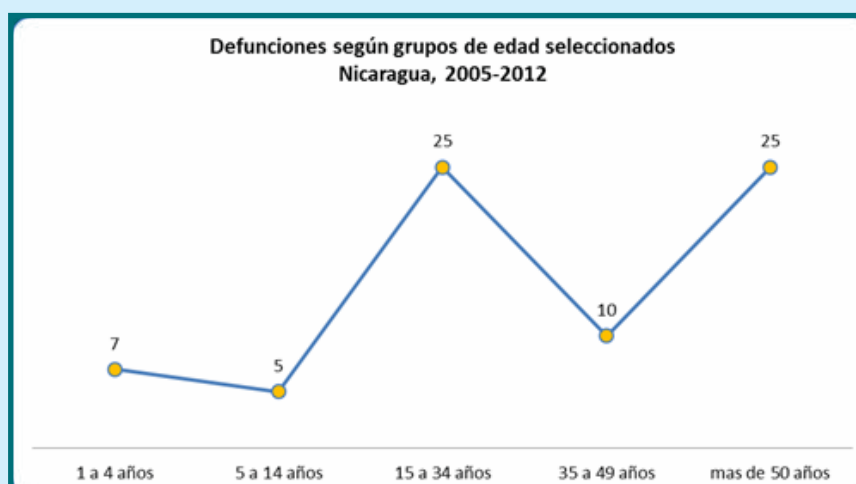


El análisis de los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) en el período 2005-2012, muestra que la mortalidad prematura aumenta en el grupo de edad de 20 a 39 años, con un descenso a partir de los 40 años (Ver Tabla 2) (6). La edad media en la que se presenta el SGB es entre 20 y 25 años, posiblemente con una distribución bimodal, apreciándose dos picos, uno durante edades tempranas y el segundo en edades avanzadas.

Ilustración 3. Distribución de las defunciones por grupo de edad  
Nicaragua, 2005-2012

El análisis de los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) en el período 2005-2012, muestra que la mortalidad prematura aumenta en el grupo de edad de 20 a 39 años, con un descenso a partir de los 40 años (Ver Tabla 2) (6). La edad media en la que se presenta el SGB es entre 20 y 25 años, posiblemente con una distribución bimodal, apreciándose dos picos, uno durante edades tempranas y el segundo en edades avanzadas.

Ilustración 3. Distribución de las defunciones por grupo de edad  
Nicaragua, 2005-2012



El registro de egresos hospitalarios para el período 2008-2012 es de 184 egresos, de los cuales 60% fueron del sexo masculino y 40% en femenino, 47% tenían como área de residencia la zona rural del país, 34% en edad entre 15 a 34 años; registrándose en promedio 30 egresos anuales. El 34% de los egresos se registraron en los meses de Julio a Septiembre (Ver Tabla 3) (7).

Ilustración 4. Número de egresos hospitalarios por SGB, según sexo del paciente  
Nicaragua, 2008-2012

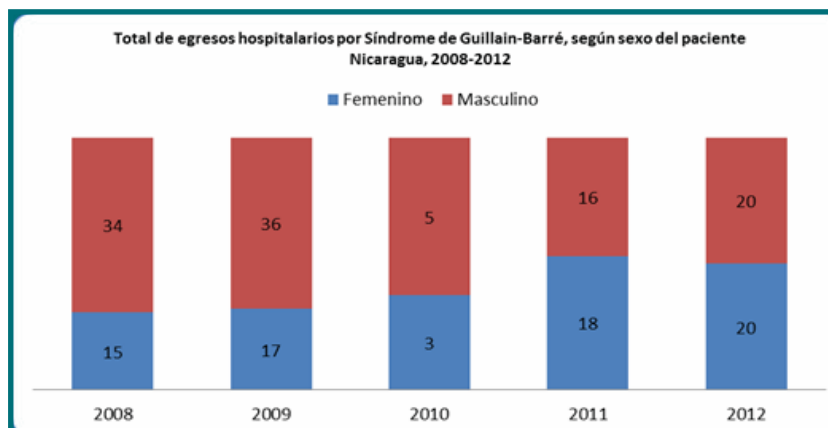
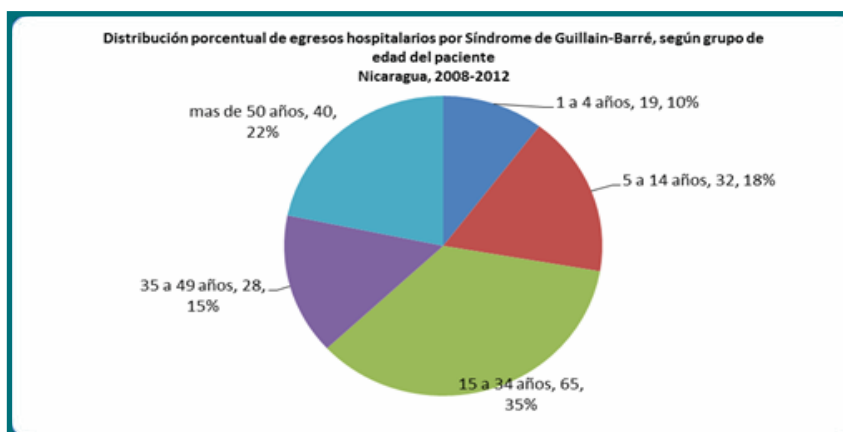


Ilustración 5. Distribución de egresos hospitalarios por SGB, según grupo de edad del paciente  
Nicaragua, 2008-2012



## RETOS

1. Fortalecer el Sistema de Vigilancia en Salud, incorporando como parte del protocolo la vigilancia del SGB, que permita a mediano plazo realizar caracterización clínica y epidemiológica de los casos de SGB individuales y/o asociados a zika y vacunación.
2. Fortalecer la respuesta interdisciplinaria y multidisciplinaria para brindar manejo adecuado de los casos diagnosticados en las unidades de salud del MINSa.
3. Fortalecer las capacidades de los recursos humanos del sector salud, el equipamiento adecuado así como los insumos necesarios para el tratamiento oportuno de los casos GB, seguimiento de los pacientes en el marco del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) para garantizar el seguimiento en la comunidad de los pacientes y asegurar una recuperación gradual y eficaz.

# TABLAS ANEXAS

Tabla 1. Número de defunciones por SGB según sexo  
Nicaragua, 1997-2012

AÑO DE DEFUNCIÓN	HOMBRE	MUJER	TOTAL
1997	5	4	9
1998	1	3	4
1999	7	3	10
2000	2	2	4
2001	3	2	5
2002	4		4
2003	4	2	6
2004	5	4	9
2005	4	1	5
2006	7	4	11
2007	5	3	8
2008	5	3	8
2009	7	3	10
2010	7	5	12
2011	5	2	7
2012	8	3	11
Total general	79	44	123
Peso Porcentual	64.2	35.8	

Tabla 2. Años de Vida potencialmente perdidos, en base a defunciones  
Nicaragua, 2005-2012

MASCULINO					FEMENINO		
Grupo de edad en años	Punto Medio de Clase PMc (Mediana)	Edad Restante (EV - PMc)	Número de Muertes	AVPP	Edad Restante (EV - PMc)	Número de Muerte	AVPP
0 a 4	2	66.9	4	267.6	72.8	3	218.4
5 a 14	10	58.9	4	235.6	64.8	1	64.8
15 a 19	17	51.9	2	103.8	57.8	3	173.4
20 a 39	30	38.9	15	583.5	44.8	6	268.8
40 a 64	52	16.9	16	270.4	22.8	8	182.4
65 a más	83	-14.1	7	-98.7	-8.2	3	-24.6
Esperanza de Vida 2005-2010							
Masculina		68.9					
Femenina		74.8					
Ambos Sexos		71.8					

Tabla 3. Número de egresos hospitalarios por SGB según mes del Año  
Nicaragua, 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL	PESO PORCENTUAL
Enero	4	6	0	4	5	19	10.3
Febrero	2	4	0	1	4	11	6.0
Marzo	5	2	0	1	6	14	7.6
Abril	5	3	1	2	3	14	7.6
Mayo	3	5	2	4	2	16	8.7
Junio	3	2	1	2	6	14	7.6
Julio	7	5	1	5	10	28	15.2
Agosto	6	7	1	1	2	17	9.2
Septiembre	7	5	0	5	0	17	9.2
Octubre	3	3	1	1	0	8	4.3
Noviembre	3	5	1	4	0	13	7.1
Diciembre	1	6	0	4	2	13	7.1
	49	53	8	34	40	184	100



Tabla 4. Distribución de defunciones por SGB según SILAIS del país  
Nicaragua, 1997-2012

SILAIS Residencia	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Managua	5	2	3	1	1	1	3		1	3	1		2	5	2	4	34
Leon		1		1		1		1		2	1	1				3	11
Chontales	1		2		1			2		1			2		1		10
Masaya						1		2	2	1	2			2			10
Chinandega	2		1		1						1	1	1			1	8
Bilwi							1	2		2	1	1					7
Granada			2	1				1		1		1				1	7
Jinotega					2							2	2		1		7
Boaco			1					1	1						2	1	6
Rivas				1							1	1		3			6
Matagalpa	1	1								1	1				1		5
Carazo							1					1	1				3
Estelí			1			1			1								3
Madriz							1							1			2
Nueva Segovia													1			1	2
Las Minas														1			1
RAAS													1				1
Total Gral	9	4	10	4	5	4	6	9	5	11	8	8	10	12	7	11	123

Tabla 5. Tasa de Mortalidad por SGB según grupo de edad  
Nicaragua, 2005-2012

Grupos de Edad	POBLACION										MORTALIDAD										Tasa SGB x 100,000 HABITANTES									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012						
0-4	730,911	735,205	673,902	676,261	680,135	682,393	683,164	683,426	1		1	1		1		2	0.14	0.00	0.15	0.15	0.00	0.15								
5-9	717,351	718,367	677,940	666,636	660,100	656,273	656,133	658,891			1					1	0.00	0.00	0.15	0.00	0.00	0.00								
10-14	687,670	692,948	696,934	686,046	677,761	670,446	663,305	655,259	1	1			1			1	0.00	0.14	0.00	0.00	0.15	0.00								
15-19	639,485	647,424	642,995	652,155	660,611	664,843	663,797	658,957			2		1			1	0.00	0.00	0.31	0.00	0.15	0.15								
20-24	576,100	588,137	571,064	574,283	576,921	581,634	589,914	600,652	4			2				1	0.00	0.68	0.00	0.35	0.00	0.52								
25-29	469,971	487,507	484,627	498,430	511,398	521,801	528,565	532,525	1	1	1	1	1	3	2		0.00	0.21	0.21	0.20	0.20	0.57								
30-34	379,624	394,074	393,680	400,005	412,083	424,450	437,916	452,566				1					0.00	0.00	0.00	0.25	0.00	0.00								
35-39	298,400	310,458	324,478	327,457	337,314	347,589	358,350	369,678				1					0.00	0.00	0.00	0.31	0.00	0.00								
40-44	244,040	251,817	269,148	273,876	279,793	286,631	294,484	303,172	1			1				1	0.41	0.00	0.00	0.37	0.00	0.00								
45-49	200,250	206,657	226,696	236,375	239,939	244,228	249,074	254,069	1			1	3	1			0.50	0.00	0.00	0.42	1.25	0.41								
50-54	161,991	168,505	182,455	199,356	206,084	212,233	217,388	221,423		1			1				0.00	0.59	0.00	0.00	0.49	0.00								
55 Y + años	377,654	392,866	459,320	478,000	500,172	523,019	546,856	572,164	2	4	3	0	3	3	4	4	0.53	1.02	0.65	0.00	0.60	0.57								
País									5	11	8	8	10	12	7	11	0.09	0.20	0.14	0.14	0.17	0.21								

# REFERENCIAS

1. OMS. Iniciativa global sobre la seguridad de las vacunas  
[http://www.who.int/vaccine\\_safety/committee/reports/Dec\\_2007/es/](http://www.who.int/vaccine_safety/committee/reports/Dec_2007/es/)
2. Atención multidisciplinaria para el síndrome de guillain-barré  
<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPMainFrame.asp?DocumentID=CD008505&SessionID=>
3. Síndrome de Guillain Barre en la etapa aguda, en el primer nivel de atención  
[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/064\\_GPC\\_GuillanBarre1erNA/SSA\\_064\\_08\\_GRR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/064_GPC_GuillanBarre1erNA/SSA_064_08_GRR.pdf)
4. Mortalidad asociada al diagnóstico de síndrome de Guillain Barre en adultos ingresados en instituciones del sistema sanitario mexicano.  
<http://www.neurologia.com/pdf/Web/5801/bl010004.pdf>
5. REDALYC. Síndrome de Guillain Barre. Actualización acerca del diagnóstico y tratamiento.  
<http://www.redalyc.org/pdf/2111/211118126014.pdf>
6. Ministerio de Salud. Oficina Nacional de Estadísticas. Base de datos de Mortalidad.
7. Ministerio de Salud. Oficina Nacional de Estadísticas. Base de datos de Egresos Hospitalarios.
8. PAHO. Actualización epidemiológica. Síndrome neurológico, anomalías congénitas e infección por virus ZIKA. 17 de enero del 2016.  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=32876&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=32876&lang=es)
9. Análisis del comportamiento del síndrome de Guillain-Barré. Consensos y discrepancia. Z. Lestayo-O'Farrill J.L. Hernández-Cáceres  
<http://www.neurologia.com/pdf/web/4604/z040230.pdf>
10. Síndrome de Guillain-Barré (SGB). Diagnóstico diferencial . García Ramos GS, Cacho Díaz B.  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2005/rmn055n.pdf>
11. Revista Cubana de Medicina Militar, versión On-line ISSN 1561-3046, Rev Cub Med Mil v.8 n.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2003, trabajos de revisión Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto"  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572003000200009&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572003000200009&script=sci_arttext)

Elaborado por:

Ing. Julio César Cajina

Oficial de Análisis de Salud

Email: [cajinaj@paho.org](mailto:cajinaj@paho.org)

Revisado y aprobado por:

Dr. Guillermo Gonzalez

Coordinador de Prevención y Control de Enfermedades

Email: [gonzalvez@paho.org](mailto:gonzalvez@paho.org)