



DOI: <https://doi.org/10.23857/dc.v9i4.3601>

Ciencias de la Salud  
Artículo de Investigación

## *Síndrome de Guillain Barre diagnóstico, tratamiento, y pronóstico*

### *Guillain syndrome sweeps diagnosis, treatment, and prognosis*

#### *A síndrome de Guillain Varre diagnóstico, tratamiento e pronóstico*

Tatiana Belén Caiza-Ango <sup>I</sup>  
[tatybelen.snayder@gmail.com](mailto:tatybelen.snayder@gmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0002-6019-755X>

Jenny Del Rocío Molina-Salas <sup>II</sup>  
[jenilu@hotmail.es](mailto:jenilu@hotmail.es)  
<https://orcid.org/0009-0007-9402-2284>

Mayra Gabriela Ortega-Hurtado <sup>III</sup>  
[magaby2991@gmail.com](mailto:magaby2991@gmail.com)  
<https://orcid.org/0009-0007-8257-1374>

Silvia Maricela Lescano-Solís <sup>IV</sup>  
[marisilvia@hotmail.es](mailto:marisilvia@hotmail.es)  
<https://orcid.org/0009-0005-2199-2509>

Cristina Guadalupe Freire-Medina <sup>V</sup>  
[cristynfrely2013@gmail.com](mailto:cristynfrely2013@gmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0003-4920-5077>

**Correspondencia:** [tatybelen.snayder@gmail.com](mailto:tatybelen.snayder@gmail.com)

\***Recibido:** 29 de julio de 2023 \***Aceptado:** 30 de agosto de 2023 \* **Publicado:** 29 de septiembre de 2023

- I. Licenciada en enfermería, Investigador Independiente, Ambato, Ecuador.
- II. Licenciada en Enfermería, Especialista en Gerencia y Planificación Estratégica de Salud, Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, Investigador independiente, Ambato, Ecuador.
- III. Licenciada en enfermería, Investigador Independiente, Ambato, Ecuador.
- IV. Licenciada en enfermería, Investigador Independiente, Ambato, Ecuador.
- V. Licenciada en enfermería, Investigador Independiente, Ambato, Ecuador

## Síndrome de Guillain Barre diagnóstico, tratamiento, y pronóstico

---

### Resumen

El Síndrome de Guillain-Barre (SGB) es una de las neuropatías periféricas más frecuentes en el mundo, la cual tiene como desencadenantes más comunes la infección por *Campylobacter jejuni* y algunas inmunizaciones; asimismo, se ha podido determinar una respuesta inmune mediada por anticuerpos, activación del complemento y reclutamiento de macrófagos contra los axones de las células nerviosas o las vainas de mielina de las neuronas periféricas. Según los criterios clínicos para diagnosticar SGB se requiere la presencia de debilidad progresiva en extremidades, así como arreflexia; adicionalmente, se valora la evolución de los síntomas de 2 a 4 semanas, la presencia de síntomas sensitivos, autonómicos y de pares craneales, debilidad facial bilateral, hallazgos electrodiagnósticos, disociación albuminocitológica y recuperación progresiva de los síntomas. El tratamiento sigue basándose en la administración de gammaglobulina intravenosa y en la plasmaféresis. En este artículo además se mencionarán ciertas hipótesis sobre un concomitante de SGB y COVID-19.

**Palabras Claves:** Síndrome de Guillain barre; SGB, COVID-19; Tratamiento SGB; Manejo por enfermería; Manejo médico; Diagnostico enfermería; Diagnostico medicina.

### Abstract

Guillain-Barre Syndrome (GBS) is one of the most common peripheral neuropathies in the world, the most common triggers of which are *Campylobacter jejuni* infection and some immunizations; Likewise, it has been possible to determine an immune response mediated by antibodies, complement activation and recruitment of macrophages against the axons of nerve cells or the myelin sheaths of peripheral neurons. According to the clinical criteria to diagnose GBS, the presence of progressive weakness in extremities, as well as areflexia, is required; Additionally, the evolution of symptoms over 2 to 4 weeks, the presence of sensory, autonomic and cranial nerve symptoms, bilateral facial weakness, electrodiagnostic findings, albuminocytological dissociation and progressive recovery of symptoms are assessed. Treatment continues to be based on the administration of intravenous gamma globulin and plasmapheresis. In this article, certain hypotheses about a concomitant of GBS and COVID-19 will also be mentioned.

**Keywords:** Guillain Barre syndrome; GBS, COVID-19; GBS treatment; Nursing management; Medical management; Nursing diagnosis; Medicine diagnosis.

## Síndrome de Guillain Barre diagnóstico, tratamiento, y pronóstico

---

### Resumo

A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma das neuropatias periféricas mais comuns no mundo, cujos gatilhos mais comuns são a infecção por *Campylobacter jejuni* e algumas imunizações; Da mesma forma, foi possível determinar uma resposta imune mediada por anticorpos, ativação do complemento e recrutamento de macrófagos contra os axônios das células nervosas ou as bainhas de mielina dos neurônios periféricos. De acordo com os critérios clínicos para diagnosticar a SGB, é necessária a presença de fraqueza progressiva nas extremidades, bem como arreflexia; Além disso, são avaliadas a evolução dos sintomas ao longo de 2 a 4 semanas, a presença de sintomas sensoriais, autonômicos e de nervos cranianos, fraqueza facial bilateral, achados eletrodiagnósticos, dissociação albuminocitológica e recuperação progressiva dos sintomas. O tratamento continua baseado na administração de gamaglobulina intravenosa e plasmaférese. Neste artigo também serão mencionadas algumas hipóteses sobre a concomitante de SGB e COVID-19.

**Palavras-chave:** A síndrome de Guillain-Barré; AOG, COVID-19; Tratamento de SGB; Gestão em enfermagem; Gerenciamento médico; Diagnóstico de enfermagem; Diagnóstico de medicina.

### Introducción

El Síndrome de Guillain-Barré (SGB) es la neuropatía paralítica aguda más común en el mundo después de la erradicación de la polio. Fue descrito por primera vez en 1916 por los científicos Georges Guillain, Jean-Alexandre Barré y Andre Strohl, quienes lo consideraron un trastorno benigno que causaba debilidad en las extremidades con posterior recuperación total de los síntomas.(1) El SGB se puede clasificar en diferentes subtipos según estudios electrofisiológicos y características clínicas, pero en esta revisión nos centraremos en la variante clásica y en la descripción básica de la variante del síndrome de Miller Fisher (SMF), que en conjunto representan aproximadamente el 77% de todos los casos.(1,2) Actualmente, se define el SGB como una poliradiculoneuropatía aguda que ocurre después de una infección del tracto respiratorio superior o inferior o una gastroenteritis, y se caracteriza por una debilidad flácida progresiva y alteraciones sensoriales en las extremidades, y ocasionalmente en los músculos faciales y respiratorios(1)

El objetivo de esta revisión es proporcionar información actualizada sobre el Síndrome de Guillain-Barré, una patología frecuente en nuestro entorno, con el fin de ayudar a los profesionales de la salud

## Síndrome de Guillain Barre diagnóstico, tratamiento, y pronóstico

---

a realizar un diagnóstico temprano. Se explicarán las características que aumentan la sospecha de esta enfermedad, ya sea a nivel clínico, electrofisiológico o mediante estudios de laboratorio.(1,3)

Este síndrome es la causa más frecuente de parálisis flácida en los países desarrollados, en pacientes con SGB con identificación el antecedente de un proceso infeccioso, se asociaron los siguientes microorganismos: *Campylobacter jejuni* (20-50%), citomegalovirus (5-22%), *Haemophilus influenzae* (2-13%), virus de Epstein-Barr (10%) y *Mycoplasma pneumoniae* (5%).(2,4) En menor proporción, se han descrito otras infecciones, como borreliosis de Lyme, hepatitis de los tipos A, B, C, D y E, fiebre tifoidea, dengue, virus de la gripe A, virus del Zika y virus de la inmunodeficiencia humana; además de otras condiciones asociadas, como cirugías, vacunas y traumatismos.(5,6) Antes del advenimiento de los arbovirus desconocidos en América, chikungunya y virus del Zika, el dengue condicionaba cuadros neurológicos agudos, como SGB en forma esporádica; sin embargo, durante las oleadas de 2014 y 2015 hubo una incidencia incrementada de afectación neurológica aguda, en menor proporción por chikungunya, y una mayor incidencia asociada al virus del Zika.(1,5) Actualmente se considera al Zika un virus neurotrópico que ha condicionado casos de síndrome congénito por Zika (del cual destaca la microcefalia) y SGB.(2)

La irrupción de la nueva pandemia por el virus SARS-CoV-2, se ha convertido en una amenaza para la población mundial, y ha llevado al límite a los sistemas sanitarios. A pesar de que la clínica respiratoria es la predominante en el COVID-19, ya se han reportado algunos estudios informando de las manifestaciones neurológicas secundarias a esta infección que afectan por lo menos al 36% de los pacientes, lo que justifica el potencial neurotrópico del virus. Desde el punto de vista neurológico, el hallazgo más frecuente es la anosmia.(5)

Dentro de las manifestaciones del sistema nervioso periférico se ha reportado el síndrome de Guillain-Barré en pacientes con COVID-19.(6) Es importante que los médicos tengan presente esta nueva asociación entre el SARS-CoV-2 y el SGB en aquellos pacientes que refieran síntomas respiratorios o sistémicos con posterior aparición de arreflexia y debilidad progresiva, con el fin de realizar un diagnóstico adecuado e iniciar el tratamiento de forma temprana y oportuna.(7) A pesar de que el SGB asociado con COVID-19 parece compartir una gran parte de las características del SGB postinfeccioso clásico, es necesario llevar a cabo más estudios que arrojen evidencia suficiente para establecer con certeza que sí se comparten los mismos mecanismos inmunopatogénicos.(6,7)

## Síndrome de Guillain Barre diagnóstico, tratamiento, y pronóstico

---

### **Epidemiología**

La probabilidad de que un individuo adquiera el SGB, en su vida, es de 1 por cada 1000 personas. La incidencia del SGB está en un intervalo de 0,81 a 1,89 (media 1,11 casos) casos por cada 100.000 personas al año, el cuadro es más común en hombres que en mujeres, manteniendo una relación de 1,5 :1 casos. (8)

Los casos de SGB aumentan con el paso de la edad ya que en niños se encuentran 0,6 casos por cada 100.000 personas año; sin embargo, en adultos mayores de 80 años se observan 2,7 casos por cada 100.000 personas. La mayor incidencia de esta enfermedad en adultos mayores se debe a que esta edad coincide con los picos de incidencia de la infección por Citomegalovirus y Campylobacter jejuni.(8)

El SMF es una condición rara con una incidencia menor a un 1 caso por millón de personas.(8)

### **Etiología**

La etiología del síndrome de Guillain-Barré (SGB) y sus variantes se consideran posinfecciosa e inmunomediada. La evidencia de modelos animales sugiere que el mimetismo molecular desempeña un papel clave. En las infecciones gastrointestinales por Campylobacter jejuni, el lipooligosacárido presente en la membrana externa de la bacteria es similar a los gangliósidos que se encuentran en los nervios periféricos. Por lo tanto, la respuesta inmune desencadenada para combatir la infección puede provocar una reacción cruzada en los nervios del huésped.(1,9,10)

Se han asociado muchas infecciones con el SGB, siendo las más comunes las enfermedades gastrointestinales o respiratorias. Hasta el 70% de los pacientes han informado una enfermedad previa en las 1 a 6 semanas anteriores a la aparición del SGB.(10) Durante el brote de virus Zika, se informaron numerosos casos de SGB. También se han descrito otras posibles etiologías relacionadas con el SGB, como medicamentos y cirugías.(11)

En 1976, la vacunación contra el antígeno de la influenza A/H1N1 provocó un aumento documentado en la incidencia de casos de SGB. Sin embargo, datos posteriores de vigilancia de la vacunación contra la gripe han reportado solo un caso adicional de SGB por cada millón de vacunas. Estudios posteriores estiman que es hasta 7 veces más probable desarrollar SGB después de una infección de gripe que después de recibir una vacuna.(1,10)

### **Posible asociación a vacuna contra COVID-19**

Se ha demostrado que la vacuna COVID-19 salva vidas. En 2021, redujo la mortalidad por COVID-19 en dos tercios, evitando 19,8 millones de muertes en todo el mundo. También redujo las tasas de admisiones a unidades de cuidados intensivos y hospitalizaciones.(11) La evidencia muestra que la vacuna también redujo las consecuencias a largo plazo de las infecciones por SARS-CoV-2, conocidas como síndrome post-COVID.(11,12) Con el tiempo, quedó claro que se necesitan dosis de refuerzo para mantener los niveles de anticuerpos y abordar nuevas variantes del virus que pueden evadir la respuesta inmune.(12) En respuesta a la variante Ómicron, las vacunas bivalentes de ARNm se autorizaron en la segunda mitad de 2022. Como resultado, se han administrado más de 13 mil millones de dosis en todo el mundo hasta finales de 2022, y el 69% de la población mundial recibió al menos una dosis.(12,13)

Si bien los ensayos clínicos han demostrado que las vacunas contra la COVID-19 tienen un buen perfil de seguridad, es importante señalar que estos estudios no fueron diseñados para detectar eventos adversos muy raros que pueden ocurrir durante la vacunación generalizada.(14,15) Por ejemplo, las vacunas de ARNm se han asociado con un mayor riesgo de miocarditis y pericarditis, mientras que las vacunas de vectores adenovirales se han relacionado con eventos inusuales de coagulación sanguínea con recuentos bajos de plaquetas.(10,12) Algunas vacunas adenovirales también se han asociado con el riesgo de síndrome de Guillain-Barré (SGB), un trastorno neurológico poco común.(10,12,13) El GBS suele ser reversible, pero en casos graves puede provocar dificultades respiratorias y daño neurológico permanente. Se estima que la incidencia anual del SGB es de 0,8 a 1,9 casos por 100.000 personas, con mayor frecuencia en personas mayores y hombres.(11,15)

Un estudio poblacional realizado en Inglaterra en 2021 con datos del Servicio Nacional de Salud encontró que la administración de la primera dosis de AZD1222, una vacuna basada en un adenovirus de chimpancé modificado (ChAdOx1), se asociaba con un mayor riesgo de Guillain-Barré. Síndrome (SGB) de 0,58 casos por 100.000 dosis. En la India, la incidencia notificada de SGB después de AZD1222 fue de 1,4 a 10 veces mayor de lo esperado para la población e incluyó casos graves que provocaron cuadriplejía arrefléxica. En Australia, la incidencia superó el nivel de fondo en 4,7 veces.(16,17)

De manera similar, en los Estados Unidos, se identificó un problema de seguridad preliminar para el SGB después de una dosis única de la vacuna Ad26.COV2.S, que se basa en un adenovirus humano

## Síndrome de Guillain Barre diagnóstico, tratamiento, y pronóstico

---

modificado de serotipo 26 (HAdV26).(18) La proporción observada y esperada de casos de SGB durante un período de observación de 42 días fue de 4,2. Esta preocupación se confirmó aún más mediante el análisis del Sistema de Notificación de Eventos Adversos a las Vacunas de EE. UU., donde se observó un mayor riesgo de SGB con una proporción observada/esperada de 3,8 y 2,3 dentro de los 21 y 42 días posteriores a la vacunación, respectivamente.(14,18)

El análisis global de las reacciones adversas a los medicamentos notificadas en VigiBase, una base de datos que contiene informes espontáneos de 149 países mostró consistentemente que las vacunas de vector adenovirus COVID-19 AZD1222 y Ad26.COVS2. Se asociaron con una mayor proporción observada y esperada de GBS, superando 2.0 para todos los países analizados. También se notificaron casos de SGB tras la administración de la primera dosis de la vacuna adenoviral Sputnik V, que contiene HAdV26, así como de la versión modificada denominada Sputnik Light, ambas basadas en el mismo vector adenoviral. Sin embargo, no se han publicado datos completos de vigilancia epidemiológica centrados específicamente en el SGB y estas vacunas.(14,17,18)

Vale la pena señalar que no se observó un mayor riesgo de SGB con la vacuna Ad5-nCoV, aunque hubo informes de casos de SGB después de su administración. Ad5-nCoV es la única vacuna adenovirus COVID-19 basada únicamente en el adenovirus humano serotipo 5 (HAdV5) y administrada en una dosis única.(17)

El riesgo de síndrome de Guillain-Barré (SGB) puede aumentar después de recibir ciertas vacunas adenovirales contra la COVID-19, pero los casos de esta afección aún son raros. Esto sugiere que puede haber un grupo de personas que sean más susceptibles al GBS después de la vacunación.(5,17) Esta susceptibilidad podría deberse a factores genéticos relacionados con los antígenos leucocitarios humanos, el grupo de diferenciación 1A, FAS, los receptores Fx gamma, la molécula de adhesión intercelular 1, el dominio de oligomerización de nucleótidos, el receptor tipo peaje 4, el factor de necrosis tumoral a y varias interleucinas. Sin embargo, no se han realizado estudios sobre la asociación entre la vacunación contra la COVID-19 y el riesgo poligénico de SGB. La predisposición genética por sí sola no puede explicar por qué los casos de SGB están más sesgados hacia algunas vacunas de vectores adenovirales.(19) Es importante comprender los mecanismos detrás de este fenómeno para poder tomar medidas de precaución, ajustar las recomendaciones y abordar las dudas sobre las vacunas. De manera similar a la necesidad de comprender la relación entre las vacunas de ARNm o la tecnología de ARNm en general y un mayor riesgo de pericarditis y miocarditis, es crucial

## Síndrome de Guillain Barre diagnóstico, tratamiento, y pronóstico

---

determinar la naturaleza exacta de la relación entre GBS y las vacunas adenovirales.(17) Este conocimiento puede ayudar a mejorar el uso de adenovirus como sistemas de administración de genes, tal como se utilizan actualmente en las vacunas autorizadas contra la COVID-19 y los filovirus. No se han observado problemas de seguridad con respecto al GBS en los ensayos clínicos de la vacuna Ad26.ZEBOV, aunque es importante señalar que dichos estudios pueden no detectar eventos adversos muy raros y existe una experiencia post- autorización limitada con esta vacuna en particular en comparación con Ad26. COV2. S.(17,20,21)

### **Fisiopatología**

La fisiopatología del síndrome de Guillain-Barré (SGB) implica infecciones antecedentes en un número significativo de pacientes, lo que contribuye a nuestra comprensión de la enfermedad. El mimetismo molecular, particularmente en la variante axonal del SGB, desempeña un papel importante. *Campylobacter jejuni*, una bacteria, tiene un lipooligosacárido similar a los gangliósidos que se encuentran en la membrana externa de los nervios periféricos. Cuando los conejos fueron inmunizados pasivamente con estos lipooligosacáridos similares a gangliósidos, desarrollaron síntomas clínicos similares a la variante de neuropatía axonal motora aguda del SGB, incluida la tetraplejía flácida. Se ha descubierto que diferentes anticuerpos dirigidos a gangliósidos específicos se unen a diversos componentes de los nervios periféricos, como la mielina para nodal, los nódulos de Ranvier y las uniones neuromusculares. Esto puede explicar la heterogeneidad en la presentación clínica del SGB. Además, la activación de la cascada del complemento juega un papel clave en el desarrollo de la enfermedad.(20,22)

Los gangliósidos específicos a menudo se asocian con ciertas presentaciones en el síndrome de Guillain-Barré (SGB). Por ejemplo, la presencia del anticuerpo anti-GQ1B se observa típicamente en el síndrome de Miller-Fisher. Es más probable que los anticuerpos anti-GM1 estén relacionados con la forma de neuropatía motora axonal, mientras que los anticuerpos anti-GT1A están asociados con la variante faríngea-cervical-braquial del SGB. Sin embargo, aparte de la asociación entre el síndrome de Miller-Fisher y los anticuerpos anti-GQ1B, la sensibilidad y especificidad de estos anticuerpos para subtipos específicos no son muy elevadas, lo que limita su utilidad clínica.(22)

Dado que no todos los pacientes con SGB dan positivo en las pruebas de anticuerpos anti-gangliósidos, es necesaria más investigación para determinar si estos anticuerpos desempeñan un



## Síndrome de Guillain Barre diagnóstico, tratamiento, y pronóstico

---

papel causal o son simplemente una ocurrencia secundaria. La fisiopatología detrás de la variante más común de GBS en los Estados Unidos, conocida como polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (PDIA), no se comprende bien y requiere más investigación.(16,20)

### **Hipótesis**

Este artículo plantea una hipótesis que sugiere que el uso de adenovirus específicos en vacunas vectoriales puede activar la respuesta adaptativa del cuerpo al vector viral. Potencialmente, esto puede resultar en una reacción autoinmune contra las proteínas del sistema nervioso periférico, lo que lleva al desarrollo del síndrome de Guillain-Barré (SGB). También se propone una hipótesis alternativa, que sugiere que ciertos vectores adenovirales son capaces de invadir el sistema nervioso, interactuar con neuronas periféricas y desencadenar inflamación y neuropatías asociadas con el SGB.(7)

La segunda hipótesis de este artículo sugiere que las partículas adenovirales en las vacunas vectoriales pueden potencialmente invadir el sistema nervioso periférico, interactuar con receptores de superficie, infectar neuronas y desencadenar una respuesta inmune que conduce al SGB. La gravedad del SGB dependería del grado de inflamación neuronal. Esto es posible porque los vectores adenovirales, incluso aquellos que no pueden replicarse, pueden persistir en niveles bajos durante semanas después de la administración. Curiosamente, el riesgo de SGB no aumentó con una vacuna contra la COVID-19 basada en el vector HAdV5, que tenía una inmunidad preexistente generalizada antes de la campaña de vacunación. Esto sugiere que el uso del vector HAdV5 puede ayudar a disminuir el riesgo de GBS asociado a la vacunación debido a la inmunidad preexistente y a una eliminación más rápida del vector. Sin embargo, se necesita más investigación para confirmar esta suposición.(7-9)

Es fundamental realizar investigaciones para probar las hipótesis mencionadas anteriormente, especialmente considerando el interés en el uso de adenovirus en vacunas preventivas contra diversas enfermedades infecciosas y como agentes inmunoterapéuticos en el tratamiento del cáncer. Comprender el mecanismo subyacente detrás del SGB después de la administración de adenovirus aumentará la aceptación de las vacunas vectoriales al proporcionar una mejor comprensión de los riesgos asociados y permitir su eliminación o implementación de medidas de precaución.(19,21,22)

### **Infecciones adenovirales naturales y síndrome de Guillain-Barré**

Las infecciones por patógenos como *Campylobacter jejuni* y *Mycoplasma pneumoniae*, así como virus de ADN como el citomegalovirus humano y el virus de Epstein-Barr, se han relacionado con el

## Síndrome de Guillain Barre diagnóstico, tratamiento, y pronóstico

---

síndrome de Guillain-Barré (SGB). Sin embargo, la asociación entre las infecciones por adenovirus y el SGB se ha explorado menos, posiblemente porque las infecciones por adenovirus en individuos sanos suelen ser asintomáticas y no requieren un tratamiento específico.(20) Algunos estudios iniciales no encontraron una relación entre las infecciones por adenovirus y el SGB, pero utilizaron métodos de detección obsoletos. Por lo tanto, se necesitan más investigaciones para investigar los vínculos potenciales entre las infecciones por adenovirus y el SGB, especialmente en el contexto de las vacunas de vectores adenovirales para COVID-19. Esta investigación debería centrarse en distinguir entre diferentes adenovirus, particularmente HAdV26, ya que se ha asociado con un mayor riesgo de SGB. Sería beneficioso realizar este tipo de investigaciones en poblaciones africanas y asiáticas, que tienen una alta seroprevalencia de HAdV26.(14,22) Además, incluir las infecciones por HAdV5 a modo de comparación ayudaría a comprender por qué no se ha observado ninguna asociación entre la vacunación con Ad5-nCoV y el SGB.(3)

El riesgo de que se produzca el síndrome de Guillain-Barré (SGB) después de la vacunación contra la COVID-19 parece ser mayor con determinadas vacunas adenovirales.(13) Esto sugiere que no es la proteína de pico codificada en la vacuna la responsable de esta afección nerviosa, sino el vector utilizado. Este artículo propone que algunos adenovirus utilizados en vacunas vectoriales pueden desencadenar una respuesta inmune específica contra ellos mismos, lo que en algunos casos puede conducir a la interacción de anticuerpos con factores neurológicos y provocar GBS. Se sabe que la inmunización con estas vacunas puede generar anticuerpos antivectores, que antes de la pandemia de COVID-19 eran raros o tenían una baja prevalencia. Sin embargo, no se ha estudiado la reactividad cruzada de estos anticuerpos.(16,20,21)

### **Diagnostico en enfermería(7)**

- Deterioro de la función respiratoria causada por debilidad rápida y que empeora y posible insuficiencia respiratoria
- Falta de movilidad por parálisis.
- Desequilibrio nutricional resultante de dificultades para tragar.
- Deficiencias en la comunicación verbal causadas por disfunción de los nervios craneales.
- Dolor
- Problemas psicológicos

## Síndrome de Guillain Barre diagnóstico, tratamiento, y pronóstico

---

### Valoración

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) generalmente se diagnostica basándose en los síntomas clínicos, pero pueden ser útiles pruebas adicionales en casos inusuales o atípicos. La electromiografía (EMG) y los estudios de conducción nerviosa (NCS) pueden ayudar a diferenciar el SGB de otras afecciones que tienen síntomas similares. Las NCS utilizan tecnología para distinguir entre diferentes formas de daño a los nervios, como las neuropatías desmielinizantes o axonales. La EMG con aguja puede proporcionar información sobre la gravedad de los síntomas de un paciente. Estas pruebas también pueden ayudar a evaluar otras posibles causas de los síntomas, como los trastornos de la unión neuromuscular o la neuropatía diabética. Tradicionalmente, los estudios de electrodiagnóstico se realizan de 10 a 14 días después del inicio de los síntomas para permitir la degeneración de las fibras nerviosas sensoriales y motoras. Sin embargo, estudios recientes han demostrado que los hallazgos tempranos e inespecíficos pueden ayudar a diagnosticar el SGB tan pronto como 3 a 7 días después de que aparecen los síntomas.(7,8)

Los hallazgos electrodiagnósticos tempranos comunes en el SGB incluyen reflejos H ausentes o prolongados y/o latencias de la onda F. El "patrón preservador sural" es específico del SGB y se refiere a una respuesta sensorial sural intacta con respuestas sensoriales anormales de las extremidades superiores. Otros hallazgos dependen de la variante específica de GBS. La polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (PDIA) a menudo muestra bloqueo parcial de la conducción motora, dispersión temporal, velocidades de conducción lentas, latencias de la onda F prolongadas o ausentes y latencias distales prolongadas.(7,9) La neuropatía axonal motora aguda (AMAN) generalmente se presenta con amplitudes bajas del potencial de acción del músculo compuesto o incluso nervios motores inexcitables. Sin embargo, AMAN NCS también puede mostrar un bloqueo parcial o completo de la conducción motora, que se explica por un "fallo de conducción reversible".(7,12) Este fenómeno ocurre cuando el complemento se deposita en los ganglios de Ranvier y las regiones paranodales de los nervios periféricos, lo que provoca un daño axonal significativa(8,10)

En ensayos controlados aleatorios, existen dos opciones de tratamiento que actualmente se consideran el estándar de atención en el síndrome de Guillain-Barré (SGB). Estos incluyen inmunoglobulina intravenosa (IGIV) o intercambio de plasma. Se cree que la IVIG actúa por su acción inmunomoduladora; Sin embargo, el mecanismo exacto aún está por dilucidar. La IVIG se administra

## Síndrome de Guillain Barre diagnóstico, tratamiento, y pronóstico

---

2 gramos/kilogramos divididos en 5 días. [Nivel de evidencia 1]) Se cree que el recambio plasmático actúa eliminando anticuerpos patógenos, mediadores humorales y proteínas del complemento implicadas en la patogénesis del SGB. Al igual que la IVIG, no se ha demostrado su mecanismo de acción exacto en el tratamiento del GBS. El intercambio de plasma generalmente se expresa como un volumen de intercambio durante cinco sesiones. Se ha demostrado que el intercambio de plasma y la IVIG son igualmente eficaces. [Nivel de evidencia 1] El efecto está presente si cualquiera de los tratamientos se administra dentro de las 4 semanas, pero el efecto más fuerte puede estar presente si el tratamiento se administra dentro de las dos semanas. [Nivel de evidencia 2] Sorprendentemente, los corticosteroides (tanto la prednisona oral como la metilprednisolona intravenosa) no han mostrado beneficios sobre el placebo o en combinación con IVIG y plasmaféresis sobre cualquiera de las modalidades solas. En general, se considera que el tratamiento corta el curso de la recuperación del SGB. (7,16,17,19)

En general, a la mayoría de los pacientes con SGB les va bien, y hasta el 85% de los pacientes logran una deambulación independiente con recuperación; sin embargo, existe una proporción importante de pacientes (20%) con morbilidad. [Nivel de evidencia 3] Estudios adicionales de recambio plasmático seguido de IgIV e IgIV concomitante con esteroides no han mostrado una mejoría significativa. [Nivel de evidencia 1] Un ensayo en curso de 2 ciclos de IVIG debería tener resultados dentro del próximo año. [Nivel de evidencia 3. También hay ensayos en curso de inhibidores del complemento en pacientes con SGB refractario.(19,21)

### **Diagnostico**

El síndrome de Guillain-Barré puede ser difícil de diagnosticar en las primeras fases. Los signos y síntomas son similares a los de otros trastornos neurológicos y pueden variar según la persona.

### **Es posible usar los siguientes métodos diagnósticos: (16)**

- **Punción lumbar (punción medular).** Se extrae una cantidad pequeña de líquido del conducto vertebral de la parte inferior de la espalda. Ese líquido se analiza para detectar un tipo de cambio que con frecuencia ocurre en las personas que padecen síndrome de Guillain-Barré.
- **Electromiografía.** Se insertan electrodos de aguja delgada en los músculos que el médico quiere analizar. Los electrodos miden la actividad de los nervios de los músculos.

## Síndrome de Guillain Barre diagnóstico, tratamiento, y pronóstico

---

- **Estudios de la conducción nerviosa.** Los electrodos se colocan en la piel que se encuentra sobre los nervios. Se transmite una pequeña descarga a través del nervio para medir la velocidad de las señales nerviosas.

### Manejo Médico

En ensayos controlados aleatorios, actualmente se consideran dos opciones de tratamiento como estándar de atención en el síndrome de Guillain-Barré (SGB): inmunoglobulina intravenosa (IGIV) y recambio plasmático. Se cree que la IVIG actúa modulando el sistema inmunológico, aunque el mecanismo exacto aún no se comprende completamente. La IVIG se administra en una dosis de 2 gramos por kilogramo durante un período de 5 días. (Nivel de evidencia I)(19,21)

Por otro lado, se cree que el intercambio de plasma funciona eliminando anticuerpos dañinos, mediadores humorales y proteínas del complemento involucradas en el desarrollo del SGB. Al igual que la IVIG, su modo de acción exacto en el tratamiento del GBS no se ha demostrado definitivamente. El intercambio de plasma generalmente se realiza en múltiples sesiones, con un volumen de plasma intercambiado durante cada sesión. Los estudios han demostrado que tanto el recambio plasmático como la IVIG son igualmente eficaces. (Nivel de evidencia I)(16,19)

Los efectos beneficiosos de estos tratamientos se pueden observar si se inician dentro de las 4 semanas posteriores a la aparición de los síntomas, pero comenzar el tratamiento dentro de las dos primeras semanas puede tener un efecto más fuerte. (Nivel de evidencia II) Sorprendentemente, los corticosteroides (como la prednisona oral y la metilprednisolona intravenosa) no han mostrado ninguna ventaja sobre el placebo o cuando se combinan con IVIG y plasmaféresis. En general, se considera que el tratamiento con IVIG y plasmaféresis acorta el tiempo de recuperación del SGB. En un estudio, los pacientes tratados lograron una deambulación independiente aproximadamente 32 días más rápido que los pacientes no tratados. (Nivel de evidencia I)(16,19)

En general, la mayoría de los pacientes con SGB tienen un resultado favorable, y hasta el 85% logran una deambulación y recuperación independientes. Sin embargo, alrededor del 20% de los pacientes experimentan algún tipo de morbilidad a largo plazo. (Nivel de evidencia III) Estudios adicionales sobre la combinación del recambio plasmático con IgIV y el uso de IgIV simultáneamente con esteroides no han demostrado una mejora significativa. (Nivel de evidencia I) Un ensayo en curso que investiga la administración de dos ciclos de IVIG debería arrojar resultados dentro del próximo

## Síndrome de Guillain Barre diagnóstico, tratamiento, y pronóstico

---

año. (Nivel de evidencia III) Además, hay ensayos en curso que evalúan el uso de inhibidores del complemento en pacientes con SGB refractario.(10,17,22)

### **Manejo por enfermería**

#### **La gestión de enfermería para los diagnósticos de enfermería identificados incluye:**

##### **1. Función respiratoria deteriorada:**

- Monitorizar los signos vitales para detectar cambios en la frecuencia y calidad respiratoria, así como disminución de la capacidad vital.
- Evaluar la función respiratoria en busca de signos de parálisis ascendente e insuficiencia respiratoria inminente, como respiración superficial e irregular, uso de músculos accesorios y dificultad para eliminar las secreciones.
- Colaborar con médicos y terapeutas respiratorios para gestionar la ventilación mecánica si el paciente está intubado.
- Evaluar y controlar las infecciones respiratorias, incluida la neumonía, durante el curso del síndrome de Guillain-Barré (SGB).

##### **2. Inmovilidad:**

- Evaluar problemas asociados con la inmovilidad debido a debilidad muscular y parálisis.
- Apoyar y mantener las extremidades paralizadas en posiciones funcionales.
- Realice ejercicios de rango de movimiento pasivo al menos dos veces al día.
- Asegúrese de cambios regulares de posición cada dos horas o utilice superficies de apoyo para prevenir úlceras por presión.
- Controle la piel para detectar daños y la función intestinal a través de los ruidos y la frecuencia intestinal, y utilice medidas antiembolismo para prevenir la trombosis venosa profunda (TVP) y la embolia pulmonar (EP).
- Mantener una hidratación adecuada para reducir los riesgos de úlceras por presión.

##### **3. Desequilibrio nutricional:**

- Ayudar a mantener una nutrición óptima para pacientes con GBS.
- Evaluar si hay problemas para tragar debido a debilidad muscular y riesgo de aspiración.

## Síndrome de Guillain Barre diagnóstico, tratamiento, y pronóstico

---

- Gestionar la alimentación por sonda de gastrostomía, la administración de líquidos por vía intravenosa o la nutrición parenteral según sea necesario para garantizar una ingesta adecuada de nutrientes.

### **4. Deficiencias de comunicación:**

- Proporcionar estrategias para una comunicación eficaz con pacientes que no pueden comunicarse verbalmente debido a parálisis relacionada con GBS.
- Utilice métodos como parpadeos, imágenes o gráficos por computadora.
- Discutir estrategias de comunicación con familiares y amigos.
- Considere derivaciones a logopedas para abordar los problemas de comunicación.

### **5. Dolor:**

- Evaluar a los pacientes para detectar dolor relacionado con cambios musculares asociados al GBS.
- Utilizar estrategias de evaluación como imágenes o escalas de manejo del dolor si el paciente no puede comunicarse verbalmente.
- Observe los signos no verbales de dolor, como inquietud o muecas faciales.
- Proporcionar un tratamiento adecuado del dolor, especialmente durante las etapas agudas del SGB.

### **6. Problemas psicológicos:**

- Evaluar y gestionar posibles problemas psicológicos en pacientes con SGB.
- Abordar la ansiedad, el miedo y los sentimientos de impotencia debidos a la pérdida repentina de control en la fase aguda.
- Proporcionar educación a pacientes y familiares sobre GBS y sus tratamientos.
- Ofrecer materiales educativos al paciente, derivaciones a grupos de apoyo, trabajadores sociales o psicólogos para mejorar las estrategias de afrontamiento.

## **Monitoreo**

### **La enfermera debe observar de cerca al paciente con GBS para detectar lo siguiente:**

1. Problemas respiratorios: esto implica evaluar los signos vitales, medir la capacidad vital del paciente, observar el uso de músculos respiratorios adicionales y verificar si hay dificultades para eliminar las secreciones.(7)

## Síndrome de Guillain Barre diagnóstico, tratamiento, y pronóstico

---

2. Disritmias cardíacas resultantes de disfunción autonómica: el monitoreo incluye medir la presión arterial para identificar cualquier hiper o hipotensión, utilizar dispositivos de monitoreo cardíaco para medir la frecuencia cardíaca y monitorear la presencia de arritmias.(7)

### **Coordinación de cuidado**

La coordinación de la atención de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré (SGB) requiere la colaboración entre varios profesionales sanitarios. Las enfermeras desempeñan un papel crucial en la coordinación de la atención durante la fase aguda del SGB y en la identificación y prevención de complicaciones como úlceras de decúbito e infecciones. Los farmacéuticos deben tener un buen conocimiento de los posibles efectos adversos de los medicamentos, incluida la IVIG, así como de los analgésicos y los medicamentos cardíacos. Los terapeutas respiratorios ayudan a prevenir problemas como la neumonía por aspiración. Los fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales son vitales para ayudar a los pacientes con ejercicios de fortalecimiento muscular, entrenamiento de la marcha, ejercicios de rango de movimiento y el uso de dispositivos de asistencia como andadores, bastones y sillas de ruedas. También ayudan a mejorar el estado funcional y las actividades de la vida diaria, como comer, arreglarse y bañarse. El apoyo psicológico debe coordinarse con trabajadores sociales, psicólogos o psiquiatras especializados en pacientes con SGB. En la fase aguda del SGB, un administrador de atención clínica hospitalaria debe coordinar la atención del paciente. La rehabilitación y la coordinación de la atención deben ser evaluadas por un equipo de profesionales, incluidos médicos, fisiatras, logopedas, trabajadores sociales, administradores de atención de rehabilitación y enfermeras. Después de recuperarse del GBS, los pacientes suelen beneficiarse al unirse a grupos de apoyo ofrecidos por organizaciones como la fundación GBS. Durante el curso de la enfermedad, las enfermeras deben coordinar la educación de los pacientes con SGB y sus familiares en colaboración con los educadores sanitarios.(7,11)

### **Riesgos de manejo en enfermería**

Los riesgos específicos de responsabilidad de enfermería en las fases aguda y de recuperación del SGB incluyen errores de medicación, monitorización inadecuada de la función respiratoria que provoca un paro respiratorio, evaluación inadecuada de riesgos como arritmias cardíacas que provocan un paro cardíaco, notificación inadecuada de desequilibrios de líquidos y electrolitos, posición inadecuada y no realizar ejercicios de ROM que resultan en contracturas y desarrollo de decúbitos, monitoreo inadecuado de vías intravenosas y líneas para nutrición parenteral,



## Síndrome de Guillain Barre diagnóstico, tratamiento, y pronóstico

---

posicionamiento y monitoreo inadecuados de la sonda de alimentación que resulta en neumonía por aspiración, evaluación y derivaciones inadecuadas para problemas psicológicos, incluidos miedo y ansiedad, que resultan en problemas psicológicos. Problemas como depresión y control inadecuado de la deambulación que derivan en caídas y posibles fracturas.(7,10,11,16)

### **Tratamiento (4,5,7,9)**

- Hospitalización y tratamiento de apoyo
- En caso de ser necesario, se utiliza ventilación para ayudar al paciente a respirar
- Se pueden administrar inmunoglobulina o plasmaféresis
- El síndrome de Guillain-Barré puede empeorar rápidamente y es una emergencia médica. Las personas que desarrollan este síndrome deben ser hospitalizadas de inmediato. Cuanto antes se inicie el tratamiento adecuado, mayores serán las posibilidades de un buen resultado. Si los síntomas sugieren claramente el síndrome de Guillain-Barré, el tratamiento se suele iniciar sin esperar los resultados de la prueba.

### **Tratamiento sintomático (14)**

En el hospital, se controla exhaustivamente a la persona para poder utilizar un ventilador artificial si es necesario.

Las personas con debilidad en los músculos faciales y cervicales pueden necesitar alimentación a través de un catéter insertado en una vena (alimentación intravenosa) o a través de un tubo colocado directamente en el estómago (gastrostomía) o en el intestino delgado (gastrostomía endoscópica percutánea o tubo PEG) mediante una pequeña incisión en el abdomen. También se pueden administrar líquidos por vía intravenosa.

La incapacidad para moverse debido a la debilidad muscular puede causar problemas como úlceras por presión y rigidez muscular permanente (contracturas). Por lo tanto, el personal de enfermería toma precauciones para prevenir úlceras y lesiones por presión, con colchones suaves y cambiando de posición cada 2 horas en personas con debilidad intensa.

Se inicia la fisioterapia para ayudar a prevenir contracturas y preservar la función articular y muscular, así como la capacidad de caminar. La terapia con calor se puede utilizar para que la fisioterapia sea más cómoda. La fisioterapia puede comenzar con el movimiento de las extremidades por parte del terapeuta (ejercicio pasivo). A medida que disminuye la debilidad, la persona afectada debe mover las extremidades por sí misma (ejercicio activo).

## Síndrome de Guillain Barre diagnóstico, tratamiento, y pronóstico

---

### **Inmunoglobulina o plasmaféresis (8,9)**

El tratamiento preferido para el síndrome de Guillain-Barré consiste en la administración temprana de un concentrado de inmunoglobulinas por vía intravenosa durante 5 días. Esta solución contiene muchos anticuerpos de diferentes donantes.

Si el concentrado de inmunoglobulinas no es efectivo, puede ser útil realizar una plasmaféresis, que consiste en filtrar sustancias tóxicas, incluyendo anticuerpos contra la mielina, de la sangre.

Estos tratamientos reducen la estancia hospitalaria, aceleran la recuperación y disminuyen el riesgo de muerte y de discapacidad permanente. Por lo general, la plasmaféresis se realiza lo antes posible si el paciente empeora rápidamente. Sin embargo, la extracción y reemplazo de una gran cantidad de sangre a través de un catéter en una vena puede causar baja presión arterial y aumentar el riesgo de infección.(7,11–13)

Dado que la plasmaféresis elimina la inmunoglobulina de la sangre, no se utiliza al mismo tiempo que la inmunoglobulina. La plasmaféresis se retrasa al menos 2 a 3 días después de administrar la inmunoglobulina.(10)

### **Conclusiones:**

En la actualidad no se sabe porque el Síndrome de Guillain-Barré afecta a algunas personas, lo que sí se sabe es que el sistema inmunológico del cuerpo ataca al propio cuerpo. Hasta este momento no existe cura alguna conocida para el Síndrome de Guillain-Barré, pues ciertas terapias se limitan a disminuir la gravedad de la enfermedad y a acelerar la recuperación de los pacientes. Actualmente se defiende el uso del tratamiento combinado de inmunoglobulinas IV y plasmaféresis. En estos enfermos se impone cumplir las medidas generales prescritas para evitar y prevenir la aparición de complicaciones graves, que causan rápidamente la muerte.

### **Referencias**

- Lupu VV, Miron I, Cianga AL, Gavrilovici C, Grigore I, David AG, et al. Diagnostic Pitfalls in Guillain–Barré Syndrome: Case Report and Literature Review. *Children*. 2022;9(12):7–14.
- Bentley SA, Ahmad S, Kobeissy FH, Toklu HZ. Concomitant Guillain–Barré Syndrome and COVID-19: A Meta-Analysis of Cases. *Med*. 2022;58(12):1–15.

Síndrome de Guillain Barre diagnóstico, tratamiento, y pronóstico

---

- Cevallos Pablo JM, Vaca Jácome DA, Ordoñez Calderón DA, Díaz Recalde EX. Guillan Barré. Síndrome. *Recimundo*. 2022;6(1):96–103.
- Sommer C. Natural course of Guillain-Barré syndrome. *Eur J Neurol*. 2022;29(10):2881–2.
- Rzymiski P. Guillain-Barré syndrome and COVID-19 vaccines: focus on adenoviral vectors. *Front Immunol*. 2023;14(April):1–9.
- Nguyen TP, Taylor RS. Guillain-Barre Syndrome. 2023;1–14.
- Nguyen TP, Taylor RS, Boyle AGR. Guillain-Barre Syndrome ( Nursing ). 2023;1–17.
- Finsterer J. Triggers of Guillain–Barré Syndrome: *Campylobacter jejuni* Predominates. *Int J Mol Sci*. 2022;23(22):1–14.
- Wachira VK, Farinasso CM, Silva RB, Peixoto HM, de Oliveira MRF. Incidence of Guillain-Barré syndrome in the world between 1985 and 2020: A systematic review. *Glob Epidemiol [Internet]*. 2023;5(January):100098. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gloepi.2023.100098>
- Marcus R. What Is Guillain-Barré Syndrome? *Jama*. 2023;329(7):602.
- Sharma V, Chhabra T, Singh TG. Correlation of covid-19 and Guillain-Barré syndrome: A Mechanistic Perspective. *Obes Med*. 2023;40(January).
- Rebolledo-García D, González-Vargas PO, Salgado-Calderón I. Síndrome de Guillain-Barré: viejos y nuevos conceptos TT - Guillain-Barre syndrome: older and news concepts. *Med interna Méx [Internet]*. 2018;34(1):72–81. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&amp%0Apid=S0186-48662018000100009](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&amp%0Apid=S0186-48662018000100009)
- Finsterer J, Scorza FA, Fiorini AC. SARS-CoV-2–associated Guillain–Barre syndrome requires extensive pre- and post-mortem examinations. *J Neurovirol [Internet]*. 2022;28(4–6):622–3. Available from: <https://doi.org/10.1007/s13365-022-01067-2>
- Masuccio FG, Comi C, Solaro C. Guillain–Barrè syndrome following COVID-19 vaccine mRNA-1273: a case report. *Acta Neurol Belg [Internet]*. 2022;122(5):1369–71. Available from: <https://doi.org/10.1007/s13760-021-01838-4>
- Inés Acosta M, José Cañizá M, Fidel Romano Ezequiel Mateo Araujo M. Si Ndrome De Gui Llai N Barre. 2007;15–8.

Síndrome de Guillain Barre diagnóstico, tratamiento, y pronóstico

---

- Casa F. Facultad de ciencias químicas y de la salud carrera de ciencias médicas. Repos Univ Técnica Machala [Internet]. 2021;1–61. Available from:  
[http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/14733%0Ahttp://186.3.32.121/bitstream/48000/13770/1/BELDUMA BELDUMA VIVIANA ELIZABETH.pdf](http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/14733%0Ahttp://186.3.32.121/bitstream/48000/13770/1/BELDUMA%20BELDUMA%20VIVIANA%20ELIZABETH.pdf)
- Phillips Morales Ó. Actualización en el Síndrome de Guillain-Barré. *Rev Medica Sinerg*. 2019;4(11):e290.
- Yu M, Nie S, Qiao Y, Ma Y. Guillain-Barre syndrome following COVID-19 vaccines: A review of literature. *Front Immunol*. 2023;14(February).
- Fonseca T, Cardoso T, Perdigão S, Sarmento A, Ruimorgado, Costa MM. Síndrome de Guillain-Barré. *Acta Med Port*. 2004;17(2):119–22.
- Abolmaali M, Rezanian F, Behnagh AK, Hamidabad NM, Gorji A, Mirzaasgari Z. Guillain-Barré syndrome in association with COVID-19 vaccination: a systematic review. *Immunol Res* [Internet]. 2022;70(6):752–64. Available from: <https://doi.org/10.1007/s12026-022-09316-6>
- Leonhard SE, Mandarakas MR, De F, Aquino Gondim A, Bateman K, Brito Ferreira ML, et al. Guía basada en la evidencia. Diagnóstico y manejo del síndrome de Guillain-Barré en diez pasos. *Medicina (B Aires)* [Internet]. 2021;81(5):817–36. Available from:  
<http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v81n5/1669-9106-medba-81-05-817.pdf>
- Editor D. Letter to Editor Guillain – Barré syndrome associated with vaccines. 2022;165–7.