



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA**



**CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES
CON SINDROME DE GUILLAIN BARRÉ. CIUDAD HOSPITALARIA
“DR. ENRIQUE TEJERA”.
ENERO 2011 – MARZO 2016**

Autor: Carlos E. Figueroa J.

Valencia, Octubre 2016



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA**



**CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES
CON SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ. CIUDAD HOSPITALARIA
“DR. ENRIQUE TEJERA”.
ENERO 2011 – MARZO 2016**

Autor: Carlos E. Figueroa J.

Tutor Clínico: Giuseppina Bracchitta

**TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO
PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**

Valencia, Octubre 2016



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". ENERO 2011 - MARZO 2016

Presentado para optar al grado de **Especialista en Medicina Interna** por el (la) aspirante:

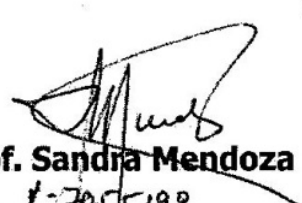
FIGUEROA J., CARLOS E
C.I. V – 18087001

Habiendo examinado el Trabajo presentado, decidimos que el mismo está **APROBADO.**

En Valencia, a los veintiún días del mes de octubre del año dos mil dieciséis.


Prof. Haydee Oliveros (Pdte)

C.I. 3025988
Fecha 21-10-2016


Prof. Sandra Mendoza

C.I. 7055199
Fecha 21-10-2016




Prof. Marta Quevedo

C.I. 7026545
Fecha 21-10-2016

TG: 36-16

INDICE GENERAL

	PP
Índice de tablas.....	IV
Resumen.....	V
Abstract.....	VI
Introducción.....	1
Objetivos.....	5
Metodología.....	7
Resultados.....	9
Discusión.....	11
Conclusión.....	13
Recomendación.....	14
Referencias bibliográficas.....	15
Anexos.....	17

INDICE DE TABLAS

PP

Tabla 1: Distribución según edad y sexo de los pacientes con Síndrome de Guillain Barré	19
Tabla 2: Distribución según año de hospitalización y forma de presentación de los pacientes con Síndrome de Guillain Barré	20
Tabla 3: Distribución según presentación de variantes en pacientes hospitalizados con Síndrome de Guillain Barré.....	21
Tabla 4: Distribución según Clasificación clínica del Síndrome de Guillain Barré.....	22
Tabla 5: Distribución según método paraclínico y presencia de disociación albumino-citológica en pacientes con síndrome de Guillain Barré	23
Tabla 6: Distribución según tratamiento recibido, intubación e Ingresos a UCI en pacientes con síndrome de Guillain Barré.....	24
Tabla 7: Distribución según ocurrencia de complicaciones y motivo de egreso de los pacientes con Síndrome de Guillain Barré.....	25
Tabla 8: Asociación entre el tratamiento recibido y la mortalidad en pacientes con Síndrome de Guillain Barré	26

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES CON
SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE, CIUDAD HOSPITALARIA
“DR. ENRIQUE TEJERA”
ENERO 2011 – MARZO 2016**

Autor: Figueroa J. Carlos E.

Año: 2016

RESUMEN

Introducción: El síndrome de Guillain Barré es una Polirradiculoneuropatía aguda, inflamatoria, desmielinizante, de base inmunológica de evolución rápida y potencialmente fatal. **Objetivo:** Caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes con síndrome de Guillain Barré de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” desde Enero 2011 a Marzo de 2016. **Metodología:** Estudio no experimental, observacional, retrospectivo y descriptivo constituido por 66 pacientes ingresados desde Enero de 2011 a Marzo de 2016. **Resultados:** 66 pacientes con edad promedio de 42,09 años, con una mayor incidencia en edades de 30 a 39 años (22,7%) y del sexo masculino 59,1%. El 77,3% de ingresos fue en el periodo Enero – Marzo de 2016. 83,33% fue de presentación típica o clásica; 16,67% variantes, de las cuales 72,72% fueron variante disautonómica y 27,27% Miller Fisher. Se realizó punción lumbar a 35 pacientes y el (77,1 %) presentó disociación albumino-citológica. El (66,7 %) recibió inmunoglobulina. El 28,8 % ameritó intubación orotraqueal y ventilación mecánica, 19,7 % ingreso a UCI. 63,6 % sin complicaciones, (30,3 %) presentó neumonía nosocomial asociada o no a ventilación mecánica. 77,3 % egresó por mejoría, 15,2 % falleció. De los fallecidos 70 % recibió inmunoglobulina. **Conclusiones:** El grupo de mayor incidencia fue el de 30 a 39 años, de sexo masculino, la mayoría de los ingresos fueron en el 2016. La mayoría tuvo presentación atípica, disociación albúmino- citológica, recibió inmunoglobulina como tratamiento, egresó sin complicación y mejoría. De los pacientes fallecidos la mayoría recibió inmunoglobulina. Principales complicaciones fueron insuficiencia respiratoria aguda e infección respiratoria baja asociadas o no a ventilación mecánica.

PALABRAS CLAVE: Guillain Barré, polirradiculoneuropatía, caracterización, inmunoglobulina, plasmaferesis.

**CLINIC AND EPIDEMIOLOGIC CHARACTERIZATION OF PATIENTS
WITH GUILLAIN BARRE SYNDROME, HOSPITAL CITY
“DR ENRIQUE TEJERA”
JANUARY 2011 – MARCH 2016**

Author: Figueroa J. Carlos E.

Year: 2016

ABSTRACT

Introduction: The Guillain Barre syndrome is a poliradiculoneuropathy acute, inflammatory, demyelinating of immunological base of fast and potentially fatal evolution. **Objective:** Characterized clinical and epidemiologically to the patients with Guillain Barre syndrome of the Hospital City “Dr Enrique Tejera” since January 2011 to march 2016. **Methodology:** Non experimental study, observational, retrospective and descriptive constituted by 66 patients admitted since January 2011 to March 2016. **Results:** 66 patients with average ages of 42.09 years old, with a higher incidence between 30 and 39 years old (22.7%) and the male sex 59.1%. The 77.3% of the admission was in January – March 2016 period. 83.33% was of typical or classic presentation, 16.67% variants, Of which 72.72% were variant dysautonomics and 27.27% Miller Fisher. It was made lumbar puncture to 35 patients and the (77.1%) presented cytological - albumino dissociation. The (66.7%) received immunoglobulin. The 28.8% deserved endotracheal intubation and mechanic ventilation, 19.7% admitted to intensive care unit. 63.6% with no complications, (30.3%) presented nosocomial pneumonia associated or not to mechanic ventilation. 77.3% left by getting better, 15.2% passed away. From the deceased 70% received immunoglobulin. **Conclusions:** The group with higher incidence was the one between 30 and 39 years old, of male sex, the majority of the admitted were in 2016. The majority had atypical presentation, cytological - albumino dissociation, they received immunoglobulin as treatment, left without complication and getting better. From the deceased patients, the majority received immunoglobulin. The main complications were acute respiratory insufficiency and low respiratory infection associated or not to mechanic ventilation.

KEY WORDS: Guillain Barre, poliradiculoneuropathy, characterization, immunoglobulin, plasmapheresis.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Guillain Barré constituye una serie de neuropatías periféricas que son mediadas inmunológicamente. El hallazgo común en ella es la polirradiculoneuropatía de evolución rápida la cual es caracterizada por parálisis o paresia simétrica con o sin déficit sensitivo, arreflexia o hiporreflexia tendinosa en forma ascendente ^{1,2}. Fue descrita en 1916 por George Charles Guillain y Jean Alexandre Barré con sus características clínicas y disociación albumino citológica en el líquido cefalorraquídeo ³.

Dicha patología es de distribución mundial, con tasas bajas de incidencia que oscilan entre 1 a 3 casos por cada 100.000 habitantes ⁴, afecta a personas de todas las edades pero el pico máximo se observa a finales de la adolescencia y en adultos jóvenes tomando en cuenta y relacionando que éste grupo etario presenta un incremento en el riesgo para citomegalovirus y otras infecciones virales ^{5,6}

Los pacientes con síndrome de Guillain Barré presentan típicamente los signos y síntomas anteriormente descritos, sin embargo puede haber alteraciones de nervios craneales que pueden comprometer la vía aérea, músculos faciales, movimientos oculares y la deglución (variantes) ⁵.

El diagnóstico del síndrome de Guillain Barré se basa en características clínicas típicas, con debilidad ascendente simétrica de miembros inferiores y superiores con arreflexia, también estudios electrodiagnósticos resultando signos sugestivos de dicha patología tales como: ausencia de reflejos o hiporreflexia, baja amplitud o ausencia de potencial de acción de nervio sensitivo, ondas F anormales. Las características del líquido cefalorraquídeo consisten en el incremento de las proteínas mayor a 0.55 g/dl (5.5 g/L) sin pleocitosis (numero anormales de células en el LCR) ^{5,7}.

Según Govoni V. y col.⁸ el síndrome de Guillain Barré es la causa más frecuente de parálisis aguda arreflexica desde la eliminación de la poliomielitis, dicha patología tiene distribución mundial, sin variaciones importantes a nivel geográfico⁹, Según Kaplan JE y Col. Presenta una incidencia mundial de 1-3 casos por cada 100.000 habitantes año según diferentes estudios realizados en estados unidos, Europa y Australia. Estudios realizados en Colombia han estimado en 3 casos por cada 100.000 habitantes⁴. Según Tellería Díaz y col. El síndrome de Guillain Barré representa la causa más frecuente de parálisis motora aguda en Cuba y en el mundo Occidental^{10,11}.

El síndrome de Guillain Barré afecta a todas las edades siendo menor en pacientes jóvenes y aumentando con la edad. Aunque puede afectar a ambos sexos éste es más frecuente en el sexo masculino. La fase progresiva del síndrome de Guillain Barré dura de pocos días a 4 semanas, seguido de ésta fase iniciara la fase de meseta donde no hay cambios en los signos y síntomas, luego la mejoría inicia dentro de ésta fase, la cual varía entre cada paciente.^{12,4}.

En vista de que dicho síndrome puede afectar músculos faciales, movimientos oculares, deglución y afectar la vía aérea, los pacientes deben ser hospitalizados para observación. Existen estudios que indican que el 30 por ciento de éstos pacientes requerirá asistencia ventilatoria en algún momento del transcurso de la enfermedad¹³.

Dada la importancia que acarrea este síndrome y que como personal de salud y médico de la institución en estudio se ha evidenciado con relativa frecuencia pacientes con dicha patología ingresados, se decide realizar la caracterización de los mismos para obtener y establecer mayor información clínica, epidemiológica y estadística en la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" de la ciudad de Valencia, y de ésta forma ayudar a contribuir con el enriquecimiento de la literatura nacional e internacional, sobre dicha patología y su comportamiento en esta población.

En vista de ello se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las características clínico epidemiológicas de los pacientes que ingresaron a la emergencia de adultos de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” (CHET) con diagnóstico de síndrome de Guillain Barré período Enero de 2011 a Marzo de 2016?

Según Fletcher DD. Y col. Los pacientes de escasos recursos con ésta patología son los que principalmente están asociados con el incremento de la severidad de la enfermedad y tasa de mortalidad alta, ocurriendo principalmente en pacientes que requerían ventilación mecánica. La mortalidad de ésta patología es del 8% debido a las complicaciones que se pueda presentar en ella y una discapacidad permanente del 20%. ¹³

Un estudio realizado por Christiaan Fokke y col. ¹⁴ publicado en 2013, para diagnóstico de síndrome de Guillain Barré y validación de criterios de Brighton, con una población de 494 pacientes adultos con signos y síntomas de síndrome de Guillain Barré en hospitales de diferentes ciudades europeas (Bélgica, Alemania y Holanda), encontraron que la totalidad de los pacientes estudiados presentaron debilidad en ambos miembros inferiores, solo el 59% de los pacientes cumplieron criterios para los distintos tipos de síndrome de Guillain Barré, el 64% presentó hiperproteïnoraquia y el 99% presentó neuropatía en los estudios electrofisiológicos.

En Cuba, un estudio realizado por Torriente M. y col. ¹¹ sobre la caracterización del síndrome de Guillain Barré en el Hospital Julio Trigo López, donde se incluyeron 14 pacientes con una de edad media de 54.71 años, demostraron que dicha patología es más frecuente en hombres que en mujeres y los más afectados fueron edades extremas, pacientes ancianos y pacientes jóvenes. Además de ello reportaron que la mayoría de los casos presentaban características típicas de síndrome y solo un paciente presentó características atípicas. La complicación más frecuente en este estudio fue la insuficiencia respiratoria ameritando ventilación mecánica siendo ésta la principal causa de muerte de la mayoría de éstos pacientes, seguido de trastornos autonómicos cardiovasculares.

El síndrome de Guillain Barré se encuentra clasificado dentro de los trastornos de la transmisión neuromuscular, como una polineuropatía inflamatoria aguda y por lo general rápidamente progresiva caracterizada por debilidad muscular e hipoestesia distal leve. La causa se considera autoinmunitaria, es la neuropatía inflamatoria adquirida más frecuente. Existen diferentes variantes en las que en algunas predomina la desmielinización y en otras se afecta el axón, en la mayoría de los pacientes la sintomatología inicia de 5 días a 3 semanas posterior a un proceso infeccioso, cirugía o vacunación siendo las infecciones el desencadenante más frecuente en > 50% de los pacientes.

Los patógenos más frecuentes incluyen *Campylobacter jejuni*, virus entéricos, herpes virus, algunas especies de Mycoplasma; desde el año 2013-2014 en el período de brote del virus Zika en la polinesia francesa se presenció aumento de la incidencia de síndrome de Guillain Barré en esa región al igual que en países de Latinoamérica y el Caribe como Venezuela donde se evidenció una asociación espaciotemporal con el virus Zika.

En cuanto a los signos y síntomas, éstos pacientes presentan una debilidad flácida donde puede haber alteración sensitiva sin embargo la primera más sobresaliente, la debilidad suele ser a predominio proximal, relativamente simétricas suele iniciar en miembros inferiores con progresión superior hacia miembros superiores, sin embargo en ocasiones puede iniciar en brazos o cabeza, Pacientes que al cabo de 3 semanas la debilidad es máxima y se pierden reflejos osteotendinosos, los esfínteres suelen estar respetados y los músculos faciales u orofaríngeos pueden estar normales o presentar debilidad en casos severos. La parálisis respiratoria es grave como para recibir intubación endotraqueal y ameritar ventilación mecánica^{15,16}

Algunos pacientes con síndrome de Guillain Barré presentan una forma variante con disfunción autonómica importante, potencialmente fatal debido a fluctuaciones en la presión arterial, arritmias cardíacas, estasis

gastrointestinal, retención urinaria y cambios pupilares. Una variante inusual de Fisher puede causar sólo oftalmoparesia, ataxia y arreflexia.

El diagnóstico de dicha patología se realiza a través de la exploración clínica, estudios electrodiagnósticos y características o análisis de líquido cefalorraquídeo (LCR), pacientes pueden presentar características antes descritas, en cuanto a estudios electrodiagnósticos se evidencia una conducción inicial lenta nerviosa y desmielinización en dos tercios de los pacientes, si éste estudio resulta normal no descarta el diagnóstico y no es motivo para retardar tratamiento, en el LCR se evidencia disociación albumino citológica, sin embargo es posible que no aparezca en 1 semana y no se evidencia en un 10% de los pacientes¹⁷

El tratamiento del síndrome de Guillain Barré de elección es la inmunoglobulina IV 1 vez al día por 5 días consecutivos, ésta presenta beneficios hasta 1 mes del inicio de la enfermedad. La plasmaféresis es útil cuando se realiza al inicio de la enfermedad y se utiliza cuando la inmunoglobulina es ineficaz, es segura acorta la estancia hospitalaria y la evolución de la enfermedad. No se deben emplear corticoides, porque no mejoran los resultados¹⁵.

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes con síndrome de Guillain Barré hospitalizados en la emergencia de adultos de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” (CHET) Valencia período Enero 2011 a Marzo de 2016.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer la incidencia del síndrome de Guillain Barré en pacientes ingresados en la emergencia de adultos de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” (CHET) en el periodo Enero 2011 a Marzo de 2016.
2. Distribuir la población en estudio según variables sociodemográficas

3. Clasificar a los pacientes con síndrome de Guillain Barré de acuerdo a forma de presentación
4. Identificar el método paraclínico utilizado para diagnóstico definitivo
5. Conocer el tipo de tratamiento administrado a los pacientes hospitalizados con síndrome de Guillain Barré
6. Conocer complicaciones intrahospitalarias más frecuentes de los pacientes hospitalizados con síndrome de Guillain Barré
7. Conocer motivo de egreso (mejoría, traslado o muerte) de los pacientes hospitalizados con síndrome de Guillain Barré.
8. Relacionar mortalidad con el tipo de tratamiento recibido en pacientes con síndrome de Guillain Barré

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio no experimental, ya que no se manipularon las variables para la obtención de los resultados, con enfoque cuantitativo, observacional, retrospectivo, de tipo descriptivo, ya que se estudió un evento ocurrido en un momento determinado entre Enero de 2011 a Marzo de 2016.

La muestra estuvo constituida por los pacientes ingresados en la emergencia de adulto de la CHET bajo la impresión diagnóstica de síndrome de Guillain Barré, en el período comprendido de Enero 2011 a Marzo de 2016, cumpliendo con los siguientes criterios de inclusión: 1) Pacientes adultos ingresados bajo impresión diagnóstica de síndrome de Guillain Barré en la emergencia de la institución en estudio 2) previa autorización de directiva, Jefe de Departamento de Emergencia adulto y Jefe de Departamento de Medicina Interna.

Se realizó revisión de cuadernos de ingresos anual del área de Emergencia de la institución en estudio desde el año 2011 hasta marzo de 2016 donde se obtuvo nombre y números de historia de pacientes ingresados con diagnóstico de síndrome de Guillain Barré. Posteriormente se realizó revisión de historias clínicas de forma exhaustiva y programada, donde se recopilaron una serie de datos mediante instrumento de recolección de datos estructurado y validado (ANEXO A).

El presente estudio fue abierto para el investigador, se realizó una base de datos en Excel según datos descritos en instrumento de recolección de datos, posteriormente se aplicó estadística descriptiva. Los datos se procesaron con el programa estadístico (software libre) PAST versión 2,09. Los resultados se presentan en cuadros de distribución de frecuencias absolutas y relativas y de asociación. Se corroboró el ajuste de la edad a la distribución normal por lo que se describe con la media y desviación estándar. Se buscó asociación entre las variables cualitativas

con la prueba chi cuadrado (χ^2) y se hicieron comparaciones de proporciones con la prueba Z, asumiendo un nivel de significancia de $P < 0,05$.

RESULTADOS

Se estudió una muestra de 66 pacientes con síndrome de Guillain Barré, con una edad mínima de 17 años, máxima de 75 años, promedio de 42,09 años y desviación estándar de 14,66 años.

Desde 2011 hasta marzo de 2016 hubo 14.950 ingresos en el área de Medicina Interna, y de esos ingresos 66 presentaron síndrome de Guillain Barré, siendo la incidencia de dicha patología de 44,14 casos por cada 1000 ingresos en el periodo estudiado.

La distribución según edad y sexo se presenta en el Cuadro 1. 59,1 % eran del sexo masculino, con predominio estadísticamente significativo ($Z = 1,91$; $P = 0,02$), y el grupo de edad más frecuente fue el de 30 a 39 años con 22,7% seguido por el de 40 a 49 años con 21,2 %. No se evidenció asociación estadísticamente significativa entre las variables (Tabla 1: $X^2 = 3,91$; 6 grados de libertad; $P = 0,68$).

77,3 % (51 pacientes) de las hospitalizaciones por síndrome de Guillain-Barré ocurrieron en el periodo Enero-Marzo 2016 ($Z = 6,09$; $P = 0,00$). Del total de 66 casos hospitalizados, 83,33 % de ellos fueron de Guillain-Barré típico o clásico y 16,67 % presentaron variantes, con predominio estadísticamente significativo (Tabla 2: $*Z = 7,49$; $P = 0,00$).

72,72% (8 pacientes) presentaron variante disautonómica y 27,27% (3 pacientes) Miller Fisher, con predominio estadísticamente significativo (Tabla 3: $Z = 1,71$; $P = 0,04$). No se evidenciaron otras variantes del síndrome de Guillain Barré.

Del total de pacientes hospitalizados solo a 18 se le realizó estudios electrofisiológicos, según distribución de clasificación clínica del síndrome de Guillain Barré, (11 pacientes) para un 61,11% se clasificaron en desmielinizante sensitivo motora aguda, (5 pacientes), 27,77% neuropatía sensitivo motora con compromiso axonal y (2 pacientes), 11,11% neuropatía motora con compromiso axonal, con valor estadísticamente significativo (Tabla 4: $*Z = 1,00$; $P = 0,015$).

A 25 pacientes (37,9 %) se les practicó punción lumbar como paraclínico de diagnóstico y a 10 pacientes (15,2 %) se les realizó punción lumbar y electromiografía. Entre los 35 pacientes a quienes se les hizo punción lumbar, se evidenció la disociación albumino-citológica en 27 (77,1 %), con predominio estadísticamente significativo (Tabla 5: $Z = 4,3$; $P = 0,00$).

El tratamiento indicado con mayor frecuencia fue el de la inmunoglobulina en 44 pacientes (66,7 % de los casos), siendo $Z = 3,66$ y $P = 0,0001$. El 28,8 % de los pacientes (20 sujetos) ameritaron intubación orotraqueal y ventilación mecánica y 19,7 % (13 sujetos) ingresaron en la unidad de cuidados intensivos, el resto (7 sujetos) fueron manejados en el área de observación de internos (cuidados intermedios), por falta de espacio físico en UCI. (Tabla 6).

63,6 % de los pacientes no presentó complicaciones, 20 de ellos (30,3 %) tuvo infección respiratoria baja neumonía nosocomial asociada o no a ventilación mecánica. 77,3 % egresó por mejoría ($Z = 6,09$; $P = 0,00$), 15,2 % (10 pacientes) fallecieron y 7,6 % egresó contra opinión médica (Tabla 7).

De los 10 pacientes que fallecieron, 70 % recibió inmunoglobulina como tratamiento, 20 % fue tratado con plasmaféresis y 10 % recibió ambas terapias, sin asociación estadísticamente significativa entre el tratamiento y la mortalidad (Tabla 8: $X^2 = 2,84$; 3 grados de libertad; $P = 0,41$).



DISCUSIÓN

El síndrome de Guillain-Barré es una enfermedad que puede afectar a personas de cualquier edad sin embargo predominantemente, a pacientes previamente considerados sanos, en edad productiva y que suele ser devastadora incluso para el entorno familiar del afectado. Es de comportamiento agudo y de rápido deterioro con insuficiencia respiratoria, por esto se considera una urgencia neurológica.

En este estudio se encontró que la distribución según sexo y edad de pacientes con síndrome de Guillain Barré, el rango de edades que estuvo más afectado fue de 30 a 39 años de edad (adultos jóvenes) de igual forma el sexo masculino resultados que concuerdan con el estudio realizado por carrillo J, Peña D en 2013 y Carranza E, Carrillo E, Gulías A en 2004 ^{18,19}, sin embargo existen otros estudios internacionales que reportan que el sexo más afectado fue el femenino^{20, 21}.

Del total de pacientes hospitalizados arrojo en este estudio que la mayoría presento variantes atípicas del síndrome de Guillain Barré, dato que contrasta con los diferentes estudios realizados en los cuales reportan con mayor frecuencia la variante clásica o típica que se presenta de forma bilateral ascendente simétrica sin toma de nervios craneales como en los estudios realizados por Salas J, Viera K, González E, Sánchez V. en el 2015 y Isaza S, Pérez A, Uribe C. en el 2009.^{20, 21,22}

En este estudio se realizó solo a 35 pacientes punción lumbar como método paraclínico diagnóstico, la misma no se les pudo tomar a la totalidad por condiciones socioeconómicas o clínicas de los pacientes. El estudio demostró disociación albumino citológica en el 77,1 %, resultados que son similares a diferentes estudios internacionales que reportan que la mayoría de los pacientes presenta la disociación albumino citológica, como es el caso del estudio realizado en Chile por Cea G, Jara P, Quevedo F en el 2015 ²³.

En el estudio realizado por Salas y colaboradores se reportó un total de 20 pacientes (32,26%) que ameritó intubación orotraqueal y ventilación mecánica lo cual concuerda con la presente investigación en el que se encontró que 28,8 % (20 sujetos) ameritaron intubación orotraqueal y ventilación mecánica.

Sin embargo existen otros estudios que reportan que el porcentaje de pacientes con síndrome de Guillain Barré que ameritaron intubación orotraqueal y ventilación mecánica fue más elevado de hasta un 42, 85% como es el caso del estudio realizado en Paraguay en 2014 por Cabanellas y colaboradores.²⁴ en el que también se describe que la principal complicación además de la insuficiencia respiratoria aguda fue la infección respiratoria baja asociada a ventilación mecánica, la cual refleja resultados de éste estudio y otros estudios internacionales.

En este estudio se observó que la mayoría de los pacientes que recibieron inmunoglobulina como tratamiento egresaron por mejoría, lo cual contrasta con la investigación realizada en Chile por Cea G. y colaboradores en 2015 ²³, quien concluyó que la mayoría de los pacientes que egresó por mejoría habían recibido plasmaféresis, lo cual puede deberse a que en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” el tratamiento más utilizado para el síndrome de Guillain Barré fue inmunoglobulina debido a que no se contaba inicialmente con la plasmaféresis

Otro estudio realizado en Uruguay por Cuadro R. y colaboradores en 2011 ²⁵, concluyó que no hubo diferencia estadísticamente significativa en respuesta a los tratamientos instaurados, lo cual concuerda con la literatura y éste estudio.

CONCLUSIONES

En este estudio se concluyó que el grupo de mayor prevalencia fueron individuos de 30 39 años, adultos jóvenes con predominio en el sexo masculino. La mayoría de las hospitalizaciones ocurrió en el periodo de Enero a Marzo de 2016 y se evidenció una relación temporoespacial con el virus Zika.

Más del 50 % de los pacientes se le realizó punción lumbar como método paraclínico de diagnóstico. En el líquido cefalorraquídeo se evidenció en su mayoría disociación albumino citológica. Solo en 18 pacientes se pudo realizar electromiografía.

El tratamiento indicado con mayor frecuencia fue la inmunoglobulina, solo 2 pacientes recibieron terapia combinada de inmunoglobulina y plasmaféresis, el resto de los pacientes recibió plasmaféresis como monoterapia.

La mayoría de los pacientes no presentaron complicaciones. 20 sujetos presentaron insuficiencia respiratoria aguda lo cual amerito intubación orotraqueal y ventilación mecánica como complicación propia de la enfermedad. De éstos pacientes 13 ingresaron a la unidad de cuidados intensivos el resto fue manejado en el área de observación de internos. La disociación autonómica cardiovascular que se evidencio en 8 pacientes. De las complicaciones no asociadas a la enfermedad la principal fue la infección respiratoria baja neumonía nosocomial asociada o no a ventilación mecánica.

En este estudio la mayoría de los pacientes egresaron por mejoría clínica, fallecieron 10 pacientes debido a complicaciones ya sean propias o no asociadas a la enfermedad. En cuanto a la relación de la mortalidad y el tipo de tratamiento recibido, la mayoría de los pacientes que fallecieron recibieron inmunoglobulina, solo 2 pacientes recibieron doble terapia.

RECOMENDACIONES

No existe una prevención primaria para evitar el síndrome de Guillain Barré y tampoco se puede predecir o que pacientes son más propensos a presentar dicha patología. Sin embargo en vista de evidenciarse una relación temporoespacial del brote del virus Zika y en menor grado del chikungunya con el síndrome de Guillain Barré, quienes son transmitidos por mosquito Aedes, en los cuales se puede hacer control del vector con campañas de fumigación, abatización y políticas de salud en las comunidades. Se recomienda continuar y profundizar en las investigaciones que se llevan en la actualidad para desarrollo de vacunas contra dichos virus.

Mantener informados a la población en general y al personal de salud sobre inicio de sintomatología y características clínicas de ésta patología para realizar diagnóstico precoz, aplicar tratamiento oportuno y tener un buen manejo han mejorado el pronóstico de los pacientes con este síndrome, ya que si esto no se cumple y sin apoyo ventilatorio adecuado aumenta la mortalidad de éstos pacientes.

Mantener bajo vigilancia y monitorización a los pacientes con síndrome de Guillain Barré durante la evolución de la enfermedad y aplicación de tratamiento para que en tal caso de presentarse algún tipo de complicación iniciar medidas para corregir la misma de forma precoz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valls J, Casademont J, Berciano BD. Enfermedades de los nervios periféricos. Medicina Interna. 14 ed. Madrid-España: Editorial Harcourt SA; 2000.
2. Acosta M, Cañiza M, Romano M. Síndrome de Guillain Barre. Revista de post grado de la VI catedra de medicina. 2007; 168 (16):15-18.
3. Quintero T, Boza R. Síndrome de Guillain Barré: análisis de 36 pacientes. Rev. Costaric. Cienc. Med [online] 1999 [acceso 3 octubre 2014]; 20 (3-4): URL disponible en: www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-29481999000200008.
4. Kaplan J, Katona P, Iturwitz E et al. Guillain Barre in the United States 1979 – 1980 and 1980-1981 lack of an association with influenza vaccination. JAMA. 1982; 248(6): 698-700.
5. Newswanger D, Warren C. Guillain-Barré Syndrome. AFP. 2004; 69(10): 2405-2410
6. Carranza E, Carrillo E, Herrero A. Síndrome de Guillain Barré en el anciano: un estudio retrospectivo. Arch. Neurocién. [online] 2004 [acceso Noviembre 22 de 2014]; 9(2) URL disponible en: http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-47052004000600003&lng=es&nrm=iso.
7. Moulin D, Hagen N, Feasby T, et al. Pain in Guillain Barre syndrome. Neurology. 1997;48(2): 328-331
8. Govoni V, Granieri E. Epidemiology of the Guillain Barre Syndrome current opinion in neurology. 2001; 14(5):605-6013.
9. Hadden R, Karch H, Hartung H, et al. Preceding infections, immune factors and outcome in Guillain Barre Syndrome. Neurology. 2001;56(6): 758-765.
10. Telleria A, Calzada D. Síndrome de Guillain barre. Rev. Neurol. 2002;34(10):966-976
11. Torriente M, Barroso F, Valdivieso J. Caracterización del síndrome de guillain Barre en el hospital Julio Trigo López periodo 2000-2009. Rev. Cubana Neurol. Neurocir. 2012;2(1):3-8
12. Beghi E, Kurland L, Mulder D, et al. Guillain Barre syndrome: Clinic-epidemiologic features and effect of influenza vaccine. Arch. Neurol. 1985;42(11): 1053-1057.
13. Fletcher D, Lawn N, Wolter T, Wijdicks E. Long term outcome in patients with Guillain Barre syndrome requiring mechanical ventilation. Neurology.2000;54(12):2311-2315

14. Fokke C, van Den Berg V, Drenthen J, Walgaard C, Van Doorm P, Jacobs B. Diagnosis of Guillain Barre Syndrome and validation of Brighton criteria. *Brain*. 2014;137(): 33-43.
15. Zelko G. Editor. El manual Merk de diagnóstico y terapéutica. 19^a ed. Madrid: España; 2014.
16. Organización Mundial de la Salud. Virus del zika microcefalia y síndrome de guillain-barre. Informe de situación: Ginebra ; 2016
17. Farreras P, Rozman C. Medicina Interna. 16^a ed. Barcelona-España: Elsevier; 2009.
18. Carrillo J, Peña D. Síndrome de Guillain Barre en el hospital general de estado de Sonora revisión de casos entre os años 2007 a 2011. *Med Int Mex*. 2013;29:458-468
19. Carranza E, Carrillo E, Gúñas A. Síndrome de Guillain-Barré en el anciano: un estudio retrospectivo. *Arch Neurocien. Mex D.F.* 2004; vol.9(2):76-79
20. Salas J, Viera K, González E, Sánchez V. Descripción clínico-epidemiológica de pacientes con síndrome de guillain-barré entre los años 1997-2014. 16 de Abril. 2015; 54(259): 4-14
21. Isaza S, Pérez A, Uribe C. Descripción de los casos de síndrome de Guillain Barré en el Hospital San Vicente de Paúl entre los años 2001 y 2005. *Acta Neurol Colomb* 2009;25:123-129
22. Sánchez J, Campanioni L, Chávez J, Guardia L Vásquez L. Caracterización clínica del Síndrome de Guillain-Barré. *Rev Cub Med Int Emerg*. 2012;11(2) 2398-2408
23. Cea G, Jara P, Quevedo F. Características epidemiológicas del síndrome de Guillain-Barré en población chilena: estudio hospitalario en un período de 7 años. *Rev. méd. Chile*. 2015; vol.143 no.2
24. Cabanellas V, Martínez V, Yubero R, Céspedes L. Insuficiencia respiratoria aguda en el síndrome de Guillain Barre. *Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int*. Septiembre 2014; 1 (2):42-53
25. Cuadro R, Silvariño R, Vacarezza M, Buzó R, Méndez E. síndrome de Guillain-Barré en el adulto: manifestaciones clínicas, analíticas y epidemiológicas de diez pacientes asistidos consecutivamente en un único centro. *Rev. Med. Urug*. 2011;vol.27 (3)

ANEXO A



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA



Nombre:	Edad	Sexo	Cedula de Identidad
Dirección:			
Teléfono:	Historia #:	Fecha ingreso CHET	Fecha Egreso CHET

GRAFFAR: _____

COMORBILIDAD (S): _____

SINTOMA INFECCIOSO PRESENTADO PREVIO A SU INGRESO

Sx. viral____ Síndrome febril inespecífico____ Infección respiratoria____
 Gastrointestinal____ Ninguno____

MANIFESTACIONES CLINICAS AL INGRESO: (Énfasis neurológico)

Presentación típica____: Presentación Atípica____:

PUNCIÓN LUMBAR (HALLAZGOS)

Se realizó: NO__SI __

Hiperproteínorraquia SI__ NO__. Valor_____

Disociación Albumino citológica NO__, SI__

ELECTROMIOGRAFÍA

Se realizó: NO___ SI___

HALLAZGOS: _____

PRINCIPALES COMPLICACIONES: (Propias de la enfermedad)

1. Insuficiencia respiratoria aguda ___: Ventilación mecánica: SI___ NO___
2. Disautonomía cardiovascular
3. Disautonomía gastrointestinal
4. Disautonomía vesical
5. Otros: _____

PRINCIPALES COMPLICACIONES: (no relacionadas a la enfermedad)

1. IRB: neumonía nosocomial
2. IRB: neumonía nosocomial asociada a ventilación mecánica
3. Infección del tracto urinario
4. Fracaso renal agudo

- Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): SI___, NO___

TRATAMIENTO:

Inmunoglobulina 0,4 GR/KG: SI___, NO___

Plasmaféresis: SI___, NO___

MOTIVO DE EGRESO: Mejoría___ Muerte___ Traslado___ Contra opinión
médica___

OBSERVACIONES:

Tabla 1

Distribución según edad y sexo de los pacientes con Síndrome de Guillain-Barré

			Sexo del paciente		Total
			Masculino	Femenino	
Grupos de edad (años)	17 a 19	N	1	3	4
		%	25,0%	75,0%	6,1%
	20 a 29	N	5	6	11
		%	45,5%	54,5%	16,7%
	30 a 39	N	10	5	15
		%	66,7%	33,3%	22,7%
	40 a 49	N	9	5	14
		%	64,3%	35,7%	21,2%
	50 a 59	N	9	4	13
		%	69,2%	30,8%	19,7%
	60 a 69	N	4	3	7
		%	57,1%	42,9%	10,6%
	70 a 75	N	1	1	2
		%	50,0%	50,0%	3,0%
Total	N		39	27	66
	%		59,1%	40,9%	100,0%

Fuente: Datos de la investigación. (Figuerola, 2016)

$X^2 = 3,91$; 6 grados de libertad; $P = 0,68$.

Tabla 2

Distribución según año de hospitalización y forma de presentación de los pacientes con Síndrome de Guillain-Barré.

Año de hospitalización	Frecuencia	Porcentaje
2011	2	3,0
2012	2	3,0
2014	5	7,6
2015	6	9,1
2016	51	77,3*

* Z = 6,09; P = 0,00

Forma de presentación	Frecuencia	Porcentaje
Guillain-Barré típico o clásico	55	83,33*
Variantes	11	16,67
Total	66	100,0

Fuente: Datos de la investigación. (Figueroa, 2016)

*Z = 7,49; P = 0,00

Tabla 3

Distribución según presentación de variantes en pacientes hospitalizados con Síndrome de Guillain-Barré.

Variantes	Frecuencia	Porcentaje
Disautonómica	8	72,72*
Miller Fisher	3	27,27
Atáxica	0	0,0
Sensitiva	0	0,0
Cráneo – Faríngeo Cervical	0	0,0
Otras	0	0,0
Total	11	100,00

Fuente: Datos de la investigación. (Figueroa, 2016)

*Z = 1,71; P = 0,04.

Tabla 4

Distribución según Clasificación clínica del Síndrome de Guillain-Barré.

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Desmielinizante sensitivo motora aguda	11	61,11*
Neuropatía sensitivo motora con compromiso axonal	5	27,77
Neuropatía motora con compromiso axonal	2	11,11
Neuropatía sensitiva con compromiso axonal	0	0,0
Total	18	100,0

Fuente: Datos de la investigación. (Figueroa, 2016)

*Z = 1,00; P = 0,15

Tabla 5

Distribución según método paraclínico y presencia de disociación albumino-citológica, en pacientes con Síndrome de Guillain-Barré

Método paraclínico utilizado	Frecuencia	Porcentaje
Punción lumbar	25	37,9
Ninguno	23	34,8
Punción lumbar y electromiografía	10	15,2
Electromiografía	8	12,1
Total	66	100,0
Disociación albumino-citológica	Frecuencia	Porcentaje
Sí	27	77,1*
No	8	22,9
Total	35	100,0

Fuente: Datos de la investigación. (Figueroa, 2016)

* $Z = 4,3$; $P = 0,00$.

Tabla 6

Distribución según tratamiento recibido, intubación y necesidad de UCI en pacientes con Síndrome de Guillain-Barré

Tratamiento recibido	Frecuencia	Porcentaje
Inmunoglobulina	44	66,7*
Plasmaféresis	15	22,7
No recibió	5	7,6
Plasmaféresis/ Inmunoglobulina	2	3,0
Intubación orotraqueal y ventilación mecánica	Frecuencia	Porcentaje
Sí	20	28,8
No	46	71,2
Ameritó hospitalización en UCI	Frecuencia	Porcentaje
Sí	13	19,7
No	53	80,3
Total	66	100,0

Fuente: Datos de la investigación. (Figueroa, 2016)

* $Z = 3,66$; $P = 0,0001$.

Tabla 7

Distribución según ocurrencia de complicaciones y motivo de egreso de los pacientes con Síndrome de Guillain-Barré.

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	42	63,6
Insuficiencia respiratoria aguda, neumonía nosocomial asociada a ventilación mecánica	11	16,7
Infección respiratoria baja neumonía nosocomial	3	4,5
Insuficiencia respiratoria aguda y disociación autonómica cardiovascular	3	4,5
Infección respiratoria baja, neumonía asociada a ventilación mecánica, disociación autonómica cardiovascular, fracaso renal agudo	3	4,5
Infección respiratoria baja neumonía asociada a ventilación mecánica, disociación autonómica cardiovascular	2	3,0
Infección respiratoria baja neumonía nosocomial asociada a ventilación mecánica, fracaso renal agudo	1	1,5
Infección del tracto urinario	1	1,5
Motivo de egreso	Frecuencia	Porcentaje
Mejoría	51	77,3*
Defunción	10	15,2
Contra opinión médica	5	7,6
Total	66	100,0

Fuente: Datos de la investigación. (Figueroa,2016)

*Z = 6,09; P = 0,00

Tabla 8

Asociación entre el tratamiento recibido y la mortalidad de los pacientes con Síndrome de Guillain-Barré.

			Falleció el paciente		Total
			No	Sí	
Tratamiento recibido	No recibió	N	5	0	5
		%	8,9%	0,0%	7,6%
	Inmunoglobulina	N	37	7	44
		%	66,1%	70,0%	66,7%
	Plasmaféresis	N	13	2	15
		%	23,2%	20,0%	22,7%
	Plasmaféresis/ Inmunoglobulina	N	1	1	2
		%	1,8%	10,0%	3,0%
Total	N	56	10	66	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Datos de la investigación. (Figueroa, 2016)

$\chi^2 = 2,84$; 3 grados de libertad; $P = 0,41$.