

**CARACTERISTICAS CLINICAS Y GRADO DE DISCAPACIDAD EN
PACIENTES CON SINDROME DE GUILLAIN-BARRÉ. AREA
DE EMERGENCIA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”.
MAYO 2019 - MAYO 2020.**



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



**CARACTERISTICAS CLINICAS Y GRADO DE DISCAPACIDAD EN
PACIENTES CON SINDROME DE GUILLAIN-BARRÉ.
AREA DE EMERGENCIA. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE
TEJERA". MAYO 2019 - MAYO 2020.**

Autor: David Romero

Valencia, Julio 2020



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



**CARACTERISTICAS CLINICAS Y GRADO DE DISCAPACIDAD EN
PACIENTES CON SINDROME DE GUILLAIN-BARRÉ.
AREA DE EMERGENCIA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE
TEJERA”. MAYO 2019 - MAYO 2020.**

Autor: David Romero

Tutor: Mireya Zabala

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

Valencia, Julio 2020



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:

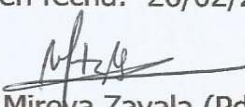
CARACTERISTICAS CLÍNICAS Y GRADO DE DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ. ÁREA DE EMERGENCIA. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". MAYO 2019 - MAYO 2020

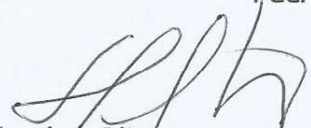
Presentado para optar al grado de **Especialista en Medicina Interna** por el (la) aspirante:

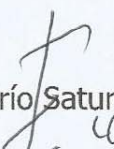
ROMERO A., DAVID A.
C.I. V – 20968446

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Mireya Zavala C.I. 6961584, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: 26/02/2021


Prof. Mireya Zavala (Pdte)
C.I. 6961584
Fecha 26/02/2021


Prof. Haydee Oliveros
C.I. 3025488
Fecha 26-02-2021


Prof. Darío Saturno
C.I. 4853612
Fecha 26-02-21

TG:

INDICE GENERAL

	Pág.
INDICE DE TABLAS.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	1
MATERIALES Y MÉTODOS.....	10
RESULTADOS.....	12
DISCUSIÓN.....	15
CONCLUSIONES.....	17
RECOMENDACIONES.....	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19
ANEXOS.....	22

INDICE DE TABLAS

Tabla 1

Distribución según características epidemiológicas de los pacientes con Síndrome de Guillan-Barré.

Tabla 2

Distribución según la caracterización de las formas de presentación y hallazgos electrofisiológicos de los pacientes con Síndrome de Guillan-Barré.

Tabla 3

Distribución según la relación del tipo de tratamiento recibido y la evolución de los pacientes con Síndrome de Guillan-Barré.

Tabla 4

Distribución según la comparación del grado de discapacidad en el ingreso y al alta mediante la escala de Rankin modificada de los pacientes con Síndrome de Guillan-Barré.

Tabla 5

Distribución según la relación entre el grado de discapacidad al ingreso y las condiciones de egreso de los pacientes con el síndrome de Guillan-Barré.

Tabla 6

Distribución según la caracterización del nivel de discapacidad al egreso según el tratamiento recibido. Pacientes con el síndrome de Guillan-Barré.

**CARACTERISTICAS CLINICAS Y GRADO DE DISCAPACIDAD EN
PACIENTES CON SINDROME DE GUILLAIN-BARRÉ.
AREA DE EMERGENCIA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE
TEJERA”. MAYO 2019 - MAYO 2020.**

Autor: David Romero

Año: 2020

RESUMEN

Introducción: El síndrome de Guillan-Barré (SGB), se define como una polirradiculoneuropatía autoinmune caracterizada clínicamente por la presencia de parálisis flácida con arreflexia y trastorno sensorial variable. **Objetivo:** Analizar las características clínicas y grado de discapacidad en pacientes con el Síndrome de Guillan-Barré que acuden a la emergencia de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante el periodo Mayo 2019 - Mayo 2020. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional – descriptivo, longitudinal constituido por 16 pacientes ingresados desde Mayo de 2019 a Mayo de 2020. **Resultados:** 16 pacientes con edad promedio de 46,9 años, predominaron las edades de 41 a 50 años y de 61 a 70 años con un 18,75%, más frecuente el sexo femenino: 62,5%. La mayoría de los pacientes no presentó comorbilidades 43,75%. Sólo 6 pacientes presentaron complicaciones (37,50%), todos presentaron insuficiencia respiratoria aguda. La presentación clínica predominante fue la variante Sensitivo-Motora con un 62,5%, el diagnóstico se confirmó con estudio electrofisiológico. El 31,25% recibió inmunoglobulina. En lo que respecta al grado de discapacidad al momento del ingreso fueron más frecuentes aquellos clasificados con una discapacidad moderadamente grave pacientes (37,5%= 6 casos), al momento del egreso, 6 pacientes presentaban una discapacidad leve (37,5%= 6 casos). **Conclusiones:** Predominó el de sexo femenino, y los grupos etarios en la 4ta y 6ta década; la mayoría tuvo la presentación Sensitivo-Motora, el tratamiento más utilizado fue inmunoglobulina como tratamiento y egresaron 6 pacientes con discapacidad leve. Fallecieron 6 pacientes de ellos 4 no recibieron ningún tipo de tratamiento

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

**CLINICAL CHARACTERISTICS AND DEGREE OF DISABILITY IN
PATIENTS WITH GUILLAIN-BARRE SYNDROME.
EMERGENCY AREA HOSPITAL CITY “DR. ENRIQUE TEJERA ”.
MAY 2019 - MAY 2020.**

**Author: David Romero
Year: 2020**

ABSTRACT

Introduction: Guillain-Barre syndrome (GBS) is defined as an autoimmune polyradiculoneuropathy clinically characterized by the presence of flaccid paralysis with areflexia and variable sensory disorder. **Objective:** To analyze the clinical characteristics and degree of disability in patients with Guillain-Barre Syndrome who attend the Emergency of the Hospital City “Dr. Enrique Tejera ”during the period May 2019 - May 2020. **Materials and Methods:** Observational - descriptive study, consisting of 16 patients admitted from May 2019 to May 2020. **Results:** 16 patients with an average age of 46.9 years, the most frequent age groups were 41 to 50 years and 61 to 70 years with 18.75% and female 62.5%. Most of the patients did not present comorbidities 43.75%. Only 6 patients presented complications (37.50%), all presented acute respiratory failure. The predominant clinical presentation was the Sensitive-Motor variant with 62.5%, the diagnosis was confirmed with an electrophysiological study. 31.25% received immunoglobulin. Regarding the degree of disability at the time of admission, those classified as moderately severe patients were more frequent (37.5% = 6 cases). At the time of discharge, 6 patients had a mild disability (37.5% = 6 cases). **Conclusions:** The female sex predominated, and the age groups in the 4th and 6th decade; the majority had the Sensitive-Motor presentation, the most used treatment was immunoglobulin as treatment and 6 patients with mild disability were discharged. 6 patients died of them 4 did not receive any type of treatment

KEY WORDS: Guillain-Barre, polyradiculoneuropathy, immunoglobulin, plasmapheresis.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Guillan-Barré (SGB), se define como una polirradiculoneuropatía autoinmune caracterizada clínicamente por la presencia de una parálisis flácida con arreflexia, trastorno sensorial variable y elevación de las proteínas en el líquido cefalorraquídeo que aparece de forma típica luego de infecciones respiratorias o gastrointestinales ^{1,2}. Los principales agentes infecciosos que se han vinculado con esta enfermedad son *Campylobacter jejuni*, *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, Citomegalovirus, el virus de Epstein Barr, virus del dengue, virus del Zika, entre otros ^{3,4}.

La incidencia de SGB alrededor del mundo varía de acuerdo a la localización geográfica. Se estima una incidencia que varía entre los 0,20-3,23 casos por 100.000 habitantes alrededor del mundo. En América Latina la información epidemiológica es escasa con datos fragmentarios, en su mayoría de tipo retrospectivo. Sin embargo, un estudio realizado en Chile en 2016 reportó una incidencia de 2,1 por cada 100.000 habitantes ⁵.

En el año 2016 se reportan oficialmente 5221 casos probables y 300 confirmados en Venezuela, sin contar con los subregistros en todo el territorio nacional. En el primer trimestre de 2016 se incrementó la morbilidad de esta enfermedad con brotes en los distintos estados del país, su mayoría en el centro-occidente, los cuales lo hicieron no sólo en su forma clásica sino también en sus distintas variantes, lo que significó un desafío médico al momento de realizar el diagnóstico ⁶.

El Síndrome de Guillain-Barré 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 en pocos días. El compromiso de los músculos intrínsecos de la mano y debilidad de los dorsiflexores del pie son las secuelas más graves del SGB ⁷.

En vista de lo antes expuesto se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las Características Clínicas y Grado de Discapacidad de los pacientes que ingresaron a la emergencia de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” con diagnóstico de Síndrome de Guillain- Barré durante el periodo mayo 2019 – mayo 2020?

En España en el 2008, Piñol-Ripoll G y cols⁸ realizó un estudio retrospectivo donde se determinó las Características del Síndrome de Guillain-Barré en el área III de salud de la Comunidad Autónoma de Aragón, la edad de los pacientes fue de 50,11 años, el sexo masculino represento el 66,7% de los casos, de los 30 pacientes tres correspondían al Síndrome de Miller-Fisher y diplejía facial en dos casos. En cuanto a la forma de presentación más frecuente fue paraparesia en extremidades inferiores (28%), afección de pares craneales (21%), tetraparesia (21%). El 21% de los pacientes presentaron insuficiencia respiratoria aguda que requirió intubación. En cuanto a la escala de discapacidad se utilizó la escala de Rankin modificada en el momento de ingreso y alta con una puntuación de 2,77 (SD=1,19) y 1,63 (S=D0,76) respectivamente con una mortalidad del 10%.

Según un estudio realizado por Carrillo-Pérez D. y cols.⁹ publicado en el 2012 en pacientes con diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré en el Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Juan Graham Casasús” en México, predominando el sexo masculino en un 56% frente a 44%, el 56% de

los pacientes presentaron proceso infeccioso en el mes previo, en la presentación clínica predominó el déficit motor en 92% de los pacientes, con un patrón ascendente en 61%, el subtipo neurofisiológico más frecuente fue la neuropatía axonal sensitivo motora aguda.

En México un estudio prospectivo, realizado por Medina S. y cols.¹⁰ publicado en el año 2015 titulado “Descripción clínica y relación con la estancia hospitalaria de pacientes con síndrome de Guillain-Barré” en un comunitario en México en un periodo de 18 meses (abril 2011-octubre 2012). Se atendieron 21 casos 11 hombres (55%) y 10 mujeres (45%). Edad promedio 43.8 años. De 21 casos, 9 (42%) no tuvieron antecedentes de infección, 6 (28%) infección gastrointestinal, 5 (23%) respiratoria. Los síntomas fueron debilidad centrípeta de las cuatro extremidades (90%), parestesias y disestesias (38%), disfonía (38%), disnea (33,3%). La variante clínica más frecuente fue Polineuropatía Desmielinizante Inflamatoria Aguda (PDIA) con 61%. El grado de severidad fue IV según la escala de Hugges (52,3%).

En Chile en el año 2015, Cea G. y cols.¹¹ realizaron un estudio retrospectivo titulado Características epidemiológicas del Síndrome de Guillain-Barré en población chilena: estudio hospitalario en un periodo de 7 años, donde cuarenta y un pacientes fueron analizados de los cuales 30 correspondían al sexo masculino, con mayor número de pacientes en el grupo entre las edades 36-65 años. La variante clínica más frecuente fue la clásica. En cuanto al grado de discapacidad de acuerdo a la escala de Hughes al ingreso 11 pacientes con la variante AIDP y 7 con la variedad Polineuropatía Axonal Aguda (AMAN) no podían caminar, 5 con Polineuropatía desmielinizante aguda (AIDP) y uno con variedad Polineuropatía axonal sensitiva aguda (ASAN) podían caminar con ayuda, 5 AIDP eran capaces de caminar pero no de correr. Al egreso la mayoría de los pacientes con subtipo

Polineuropatía desmielinizante aguda (AIDP) presentaban discapacidad menor.

En el 2017 Aragonés J. y cols¹² realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo acerca de la incidencia y características clínicas del Síndrome de Guillain-Barré en la comarca de Osona Barcelona, España (2003-2016) donde se determinó una incidencia global de 2,07/100.000 habitantes-año. La incidencia aumentó con la edad con un pico entre los 40 y 50 años. Los porcentajes de las variantes fueron polirradiculoneuropatía desmielinizante aguda (AIDP) 72,1%, la polirradiculoneuropatía motora axonal aguda (AMAN) 16,3%, la polirradiculoneuropatía sensitivo-motora axonal aguda (ANSAN) 4,7% y síndrome de Miller-Fisher 4,7%. Presentaron una infección previa en vías respiratorias el 41,9% e infección gastrointestinal el 20,9%. Se halló proteinorraquia en el 76,7%. La electromiografía mostraba un predominio desmielinizante en el 73,7% y axonal en el 26,3%.¹²

En Colombia un estudio realizado por Palmezano J. y cols¹³ publicado en 2017 sobre el perfil clínico de pacientes con Síndrome de Guillain Barré en un Hospital Universitario de Colombia donde se revisaron historias clínicas de 55 pacientes con una edad media de 45 años, demostraron que esta patología fue más frecuente en hombres que en mujeres con una relación 1,5:1. Se demostró que el 46% de los casos tenían un episodio previo de infección respiratoria y el 31% antecedentes de enfermedad diarreica. Las variables más frecuentes fueron disminución de los reflejos osteotendinosos en 53 casos (97%), compromiso inicial distal en 52 casos (95%). Y compromiso motor en 52 pacientes (95%). Las variables que se asociaron a peor pronóstico fueron la edad superior a los 80 años, la demora en el ingreso, presentar infección gastrointestinal previa y la variante AMAN.

Asimismo, Ballón-Manrique B. y cols¹⁴ en el año 2017 determinaron las Características clínicas y paraclínicas del Síndrome de Guillain-Barré en el Hospital Regional Lambayeque de Perú donde se encontraron 16 pacientes con SGB, 56% varones y 44% mujeres; la enfermedad se presentó mayormente en adultos de 20 a 60 años 44%. El subtipo axonal fue el más común 62,5%. En cinco de 6 pacientes se encontró disociación albumino citológica. Cinco de los pacientes requirieron ventilación mecánica y tres de ellos fallecieron.

De igual forma en Venezuela, Figueroa C. ¹⁵ en el año 2016 realizó un estudio retrospectivo titulado: Caracterización Clínico epidemiológica de los pacientes con Síndrome de Guillain-Barré. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” enero 2011-marzo 2016, donde la edad promedio fue de 42,09 años, el 83,3% fue de presentación típica o clásica, se realizó punción lumbar a 35 pacientes y el 77,1% presento disociación albumino-citológica. El 66,7% recibió inmunoglobulina. El 28,8% amerito intubación orotraqueal y ventilación mecánica, el 77,3% egreso por mejoría.

Asimismo, Paradas L.¹⁶ en el año 2017 realizo un trabajo retrospectivo en la Ciudad de Valencia, Venezuela, titulado Relación entre tratamiento y evolución Clínica en pacientes con Síndrome de Guillain-Barré. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Noviembre 2015-Abril 2016, donde el grupo de mayor prevalencia fue entre las edades de 41 a 60 años, predominando el sexo masculino. La presentación más usual fue la variante clásica, la principal complicación intrahospitalaria fue la insuficiencia respiratoria ameritando intubación orotraqueal.

En el 2017, López K.¹⁷ realizo un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, titulado Factores predictores de Insuficiencia Respiratoria Aguda en pacientes con Guillain-Barré. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique

Tejera". abril 2015-abril 2016, donde se precisó que el grupo etario predominante fue de 41 a 50 años 22,8%, el 56,14% fue el sexo masculino, la complicación más frecuente fue la insuficiencia respiratoria aguda en un 47,36%, prevaleció la presentación típica con 73,69%, el 75,45% de los pacientes egresaron con mejoría.

El síndrome de Guillain-Barré se manifiesta como un cuadro de parálisis motora arrefléxica de evolución rápida, con o sin alteraciones sensitivas. El patrón más habitual es una parálisis ascendente, característicamente la debilidad evoluciona en un lapso de horas a pocos días, y a menudo se acompaña de disestesias con hormigueo en las extremidades. Las piernas son afectadas con mayor intensidad que los brazos y en 50 por ciento de los pacientes se observa paresia facial. A menudo también son afectados los pares craneales bajos, con debilidad bulbar y dificultades para el control de las secreciones y el mantenimiento de la permeabilidad de la vía respiratoria. En la mayoría de los pacientes es necesaria la hospitalización y alrededor de 30% requieren ventilación asistida en algún momento de la enfermedad ^{17, 18}.

El SGB afecta a todos los grupos etarios, pero es infrecuente en la infancia y es una de las pocas enfermedades autoinmunes que afecta con mayor frecuencia a los hombres. Desde la descripción realizada por Guillain-Barré, se han descrito al menos 5 variedades: polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (PDIA), polineuropatía axonal aguda (PAA), Polineuropatía axonal sensitivo motora aguda (PASMA), polineuropatía axonal sensitiva aguda (PASA), y el síndrome de Miller-Fisher (SMF) ¹⁹.

Fisiopatológicamente se ha demostrado una inflamación linfocitaria multifocal de extensión variable asociada con desmielinización. Inicialmente se reconoce un antígeno, luego se activan linfocitos T que cruzan la barrera hemato neural. Esto es mediado por quimioquinas, moléculas de adhesión celular y metaloproteinasas, dentro del sistema nervioso periférico los

linfocitos T activan macrófagos que aumentan la producción de citoquinas, NO y TNF alfa. Este fenómeno aumenta la permeabilidad de la barrera y así pasan los anticuerpos antimielina. La terminación de la respuesta inflamatoria se produce con aumento de la IL10 y TGF beta, existe relación entre el mimetismo molecular entre las proteínas de ciertos antígenos y la mielina lo que activa el sistema inmunitario inicial ²⁰.

En etapas tempranas de su progresión el diagnóstico de SGB es difícil, cuando evoluciona es fácilmente reconocible. El diagnóstico debe ser confirmado con la realización de punción lumbar y estudios electrofisiológicos. El análisis del líquido cefalorraquídeo es el único criterio de laboratorio; con disociación albumino citológica, recuento celular menor a 10 células/mm³ se recomienda realizarla del 7-10^o días de evolución de la enfermedad. Los estudios electrofisiológicos resultando signos sugestivos de dicha patología tales como: ausencia de reflejos o hiporreflexia, baja amplitud o ausencia de potencial de acción de nervios sensitivo, ondas F anormales ²¹.

El diagnóstico del SGB se basa en el cuadro clínico, los hallazgos del líquido cefalorraquídeo y la neuroconducción nerviosa; además se debe tener en cuenta el tiempo de evolución de los pacientes, ya que en los que experimentan progresión mayor a un mes se deben plantear otros diagnósticos. Una vez realizado el diagnóstico se debe ofrecer tratamiento con plasmaféresis o inmunoglobulina endovenosa ya que ambas tienen eficacia similar ²².

El Síndrome de Guillain-Barré 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 en pocos días. El compromiso de los músculos

intrínsecos de la mano y debilidad de los dorsiflexores del pie son las secuelas más graves del SGB ²².

Como se mencionó anteriormente el Síndrome de Guillain-Barré produce discapacidad en el 30% de los casos la cual puede mejorar con fisioterapia. La escala de Rankin modificada es comúnmente utilizada para medir el grado de discapacidad en las actividades diarias de pacientes quienes han padecido un evento neurológico, la escala fue introducida en 1957 por el Dr. John Rankin del Hospital de Stobhill, Glasgow, Escocia, y luego modificada en su forma actual, la cual va desde 0-6 partiendo de una salud perfecta sin síntomas hasta la muerte, la versión modificada difiere de la forma original en la adición de grado 0, indicando la ausencia de síntomas ²³.

Los pacientes que presentan el SGB tienen la probabilidad de presentar secuelas neurológicas en un 30% y la mortalidad puede alcanzar hasta un 5%. Debido a la importancia que representa este síndrome y la presentación frecuente de dicha patología surge la propuesta de esta investigación, cuyo fin se centró en profundizar sobre los aspectos propios de los pacientes que presentaron este síndrome en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” de la Ciudad de Valencia, la cual beneficiará a los pacientes afectados con dicho síndrome debido que se estudiará las manifestaciones clínicas al momento de ingreso y egreso a este centro asistencial de manera que puedan ser incorporados a programas de rehabilitación y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Objetivo General

Analizar las características clínicas y grado de discapacidad en pacientes con el Síndrome de Guillan-Barré que acuden a la emergencia de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante el periodo mayo 2019 - mayo 2020.

Objetivos Específicos

1. Describir las características epidemiológicas de pacientes con el Síndrome de Guillan-Barré.
2. Identificar las formas de presentación y hallazgos electrofisiológicos de los pacientes incluidos en el estudio.
3. Comparar el grado de discapacidad en el ingreso y al egreso de los pacientes evaluados mediante la escala de Rankin modificada.
4. Relacionar el tipo de tratamiento y la evolución de los pacientes con el Síndrome de Guillan-Barré.
5. Relacionar la evolución y grado de discapacidad en el ingreso de los pacientes con el Síndrome de Guillan-Barré.
6. Caracterizar el nivel de discapacidad al egreso según el tratamiento recibido.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional – descriptivo, longitudinal. El universo estuvo conformado por la totalidad de los pacientes que ingresaron a la Emergencia de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante el periodo mayo 2019 - marzo 2020 con diagnóstico de enfermedades desmielinizantes. La población en estudio estuvo constituida por los pacientes que ingresaron a la Emergencia de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” con diagnóstico de polirradiculoneuropatías desmielinizantes inflamatorias agudas durante el periodo mayo 2019 - mayo 2020.

La muestra fue no probabilística e intencional representada por los pacientes que ingresaron a la emergencia de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: Diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré y que aceptaron participar en el estudio previa firma del consentimiento informado (Anexo A), cumpliendo las normas de las buenas prácticas clínicas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los trabajos de investigación en los seres humanos y la declaración de Helsinki, ratificada en la 59ª Asamblea General de Corea en el año 2008 ²⁴.

En cuanto al método y técnicas de recolección de datos se realizó una entrevista a cada paciente utilizando como instrumento una ficha de recolección de datos (Anexo B) elaborada en base a las variables de la investigación, como identificación del paciente, edad, sexo, comorbilidades, manifestaciones clínicas y paraclínicas, grado de discapacidad evaluada al momento de ingreso y egreso a través de la escala de Rankin modificada (Anexo C) la cual va de 0-6 de acuerdo a la limitación funcional en el

paciente, partiendo desde una salud perfecta sin síntomas hasta la muerte; diagnóstico, terapéutica y complicaciones.

Una vez obtenidos los datos de las variables, se sistematizaron en una tabla maestra a partir de Microsoft® Excel, para luego ser presentados y analizados a través de las técnicas estadísticas descriptivas con el paquete estadístico SPSS en su versión 17 a partir de tablas de asociación (con frecuencias absolutas y relativas) a partir de los objetivos específicos propuestos. A las variables cuantitativas, una vez comprobada su tendencia a la normalidad se les calculó media $\pm$ desviación estándar, mediana, valor mínimo y máximo. Se asociaron las variables cualitativas a partir del análisis no paramétrico de Chi cuadrado (X^2) para independencia entre variables y se compararon las medias de Rankin al ingreso y egreso, según las condiciones de egreso a partir de la prueba de hipótesis para diferencia entre medias (t student) y de Rankin al egreso según el tratamiento recibido a partir del análisis de varianzas (ANOVA). Se asumió como nivel de significancia estadística P valores inferiores a 0,05 ($P < 0,05$).

RESULTADOS

Fueron ingresados 16 pacientes con diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré (SGB) en el área de Emergencia de Adultos de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, durante los meses de mayo del 2019 y marzo del 2020. Se registró una edad promedio de 46,88 años $\pm$ 4,90, con una mediana de 45 años, una edad mínima de 17 años, edad máxima de 79 años y un coeficiente de variación de 41% (serie moderadamente heterogénea entre sus datos), con un Intervalo de confianza para la media poblacional de edad al 95% comprendido entre 36,43 años y 57,32 años. Los grupos de edades más frecuentes fueron el de 41 a 50 años y el de 61 a 70 años con un 18,75% por igual (3 casos por igual) (Tabla 1).

En cuanto al sexo predominó el femenino con un 62,5% (10 pacientes) por encima del masculino 37,5% (6 pacientes). La edad promedio en los hombres fue de 42,33 $\pm$ 17,05 y en las mujeres fue de 49,6 $\pm$ 15,54, sin embargo, tal diferencia no fue estadísticamente significativa ($t = 0,71$; $P = 0,4920 > 0,05$). La mayoría de los pacientes no presentó comorbilidades 43,75% (7 pacientes), un 56,25% de los pacientes (9 casos) presentaron algún tipo de comorbilidad, siendo más frecuente Hipertensión Arterial 25% (4 casos), seguida de Diabetes Tipo 2 (18,75%= 3). Sólo 6 pacientes presentaron complicaciones (37,50%), todos presentaron insuficiencia respiratoria aguda por lo que fueron sometidos a ventilación mecánica, 2 casos presentaron ITU y otros 2 presentaron Disautonomía Autonómica (Tabla 1).

Por su parte, la presentación clínica predominante fue la variante Sensitivo-Motora con un 62,5% (10 casos), seguida de la variante Motora (31,25%= 5

casos). El diagnóstico se confirmó en los 16 pacientes con estudio electrofisiológico, siendo el hallazgo predominante la polirradiculoneuropatía Mixta Sensitivo Motora (10 casos). Sólo a 8 pacientes se le realizó punción lumbar, de los cuales hubo disociación albumino-citológica en el 75% (6 casos) (Tabla 2).

El tratamiento indicado con mayor frecuencia fue el de inmunoglobulina con un 31,25% (5 casos) de los cuales hubo mejoría en 4 casos; el segundo tratamiento más frecuente fue la Plasmaféresis (25%= 4 casos) en los que hubo mejoría en 3 casos; un 43,75% de los pacientes no recibió tratamiento (7 casos), sin embargo, hubo remisión espontánea de los síntomas en 3 casos. De los 6 pacientes que fallecieron (6 casos), 4 casos no recibieron tratamiento. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tratamiento recibido por los pacientes en estudio y las condiciones de egreso ($X^2=2,07$; 2 gl; P valor=0,3548 > 0,05) (Tabla 3).

En lo que respecta al grado de discapacidad, al momento del ingreso fueron más frecuentes aquellos clasificados con una discapacidad moderadamente grave pacientes (37,5%= 6 casos) seguidos de aquellos pacientes con una discapacidad grave (31,25%) y discapacidad moderada (25%= 4 casos). Al momento del egreso, 6 pacientes presentaban una discapacidad leve (37,5%= 6 casos) y similar proporción a los pacientes que fallecieron (6 puntos en la escala) (6 casos). Cuantitativamente la media de puntuación al ingreso fue mayor que al momento del egreso, sin embargo, tal diferencia no fue estadísticamente significativa ($t=1,20$; $P=0,2469$ > 0,05) (Tabla 4).

De aquellos pacientes que mostraron mejoría al momento del egreso (10 casos) fueron más frecuentes aquellos con discapacidad de moderada a grave al ingreso (4 casos). Por su parte, de aquellos pacientes que fallecieron (6 casos) fueron más frecuentes con una discapacidad moderada

a grave al ingreso, así como aquellos con discapacidad grave (2 casos por igual). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el grado de discapacidad al momento del ingreso y las condiciones de egreso de los pacientes en estudio ($X^2=1,99$; 3 gl; P valor=0,5743 > 0,05). No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los promedios de puntaje en Rankin según las condiciones de egreso ($P > 0,05$) (Tabla 5).

De los pacientes que al momento del egreso registraron una discapacidad leve (Rankin 2) (6 casos) en similar proporción recibieron inmunoglobulina, plasmaféresis y no recibieron tratamiento (2 casos por igual). Y de aquellos con Rankin 6 (muerte) (6 casos) fueron más frecuentes aquellos que no recibieron tratamiento (4 casos). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tratamiento recibido por los pacientes en estudio y el nivel de discapacidad al egreso ($X^2=3,98$; 6 gl; P valor=0,6793 > 0,05) (Tabla 6).

DISCUSIÓN

En este estudio la distribución según edad y sexo de pacientes con Síndrome de Guillan-Barré, registró una edad promedio de 46,9 años, lo reportado concuerda parcialmente con el estudio realizado por Figueroa C.¹⁵ en el año 2016 donde la edad promedio fue de 42,09 años. Con respecto al sexo, en el presente estudio se demuestra predominancia del femenino, lo cual contrasta con el estudio realizado por Ballón-Manrique B. y cols¹⁴ en el año 2017 quienes reportan un predominio del sexo masculino con respecto al sexo femenino. Esto se cree que se debe a que muchos pacientes con síntomas de parálisis flácida con arreflexia no se realizaron estudios como la electromiografía o punción lumbar para confirmar el diagnóstico en vista de recursos económicos limitados.

De los pacientes complicados, todos presentaron insuficiencia respiratoria aguda y 2 casos presentaron Disautonomía Autonómica, lo que concuerda con el estudio realizado en el 2017 por López K.¹⁷ donde la complicación más frecuente fue la insuficiencia respiratoria aguda en un 47,36%. Por su parte la presentación clínica más frecuente fue la variante Sensitivo-Motora, concordando con lo reportado por Carrillo-Pérez D. y cols⁹ cuyo el subtipo neurofisiológico más frecuente fue la neuropatía axonal sensitivo motora aguda.

El tratamiento indicado con mayor frecuencia fue el de inmunoglobulina de los cuales hubo mejoría en 4 casos, seguido de plasmaferesis en los que hubo mejoría en 3 casos. Tal hallazgo coincide con el estudio realizado por Paradas L.¹⁶ en el año 2017 en el cual tratamiento más indicado fue la

inmunoglobulina seguida de Plasmaféresis egresando con mejoría en ambos casos demostrando similar eficacia.

En cuanto a la escala de discapacidad se utilizó la escala de Rankin modificada en el momento de ingreso y al egreso con una puntuación promedio de $3,94 \pm 0,23$ y $3,18 \pm 0,58$ respectivamente, con una mortalidad de 37,5%, lo cual contrasta con el estudio realizado por Piñol-Ripoll G y cols.⁸ en el cual la puntuación en la escala de Rankin modificada en el momento de ingreso y alta fue de 2,77 (SD=1,19) y 1,63 (SD=0,76) respectivamente con una mortalidad del 10%. Esto se cree que se debe debido a que muchos pacientes no recibieron el tratamiento oportuno por no haber disponibilidad del mismo en el centro asistencial y la mayoría de estos los recibieron de manera tardía lo que contribuyó a un aumento de la mortalidad en el presente estudio.

CONCLUSIONES

En este estudio se concluyó que la edad promedio fue de 46,9 años, los grupos de edades más frecuentes fueron el de 4ta y el 6ta década de la vida y predominó el sexo femenino. La mayoría de los pacientes no presentaron comorbilidades ni complicaciones; sólo 6 pacientes presentaron insuficiencia respiratoria aguda por lo que fueron sometidos a ventilación mecánica.

Por su parte, la presentación clínica predominante fue la variante Sensitivo-Motora, de las variantes atípicas se reportaron solo el Síndrome de Miller Fisher, el diagnóstico se confirmó con estudio electrofisiológico en los 16 pacientes, sólo a 8 pacientes se le realizó punción lumbar, predominando la disociación albumino-citológica.

El tratamiento indicado con mayor frecuencia fue el de inmunoglobulina; hubo remisión espontanea de los síntomas en 3 casos. De los 6 pacientes que fallecieron, 4 no recibieron tratamiento. En lo que respecta al grado de discapacidad, al momento del ingreso fueron más frecuentes aquellos clasificados con una discapacidad moderadamente grave y al momento del egreso 6 pacientes presentaban una discapacidad leve.

De los pacientes que al momento del egreso registraron una discapacidad leve (Rankin 2) en similar proporción recibieron inmunoglobulina, plasmaféresis y los que no recibieron tratamiento. Y los pacientes con Rankin 6 (muerte) la mayoría no recibieron tratamiento.

RECOMENDACIONES

Mantener informados a la población en general y especialmente al personal de salud sobre la sintomatología de esta patología para realizar un diagnóstico precoz y aplicar un tratamiento oportuno y de esta forma mejorar el pronóstico de los pacientes con este síndrome.

Realizar una monitorización continua de los pacientes con el Síndrome de Guillain-Barré, para detectar de forma precoz las posibles complicaciones que se puedan presentar en estos pacientes y de esta forma iniciar medidas terapéuticas oportunas.

Garantizar el inicio de la terapéutica a la brevedad posible, lo cual mejora la sintomatología, disminuye la estancia hospitalaria y el riesgo de complicaciones.

Educar al paciente como a sus familiares sobre la importancia de los programas de rehabilitación de esta forma evitar las secuelas generadas por el Síndrome de Guillain-Barré de estos pacientes y mejorar su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asbury A. New concepts of Guillan-Barré Syndrome. J Child Neurol [Internet]. 2000 [citado 15 Dic 2019]; 15 (1): 183-191. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10757475>
2. Wijdicks E, Klein J. Guillan-Barré Syndrome. Mayo Clin Proc [Internet]. 2017 [citado 21 Ene 2019]; 92 (3): 467-479. Disponible en: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(16\)30818-7/fulltext](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(16)30818-7/fulltext)
3. Carod-Artal F, Wichmann O, Farrar J, Gascón J. Neurological complications of dengue virus infection. Lancet Neurol [Internet]. 2013 [cit/ado 21 Ene 2019]; 12 (9): 906-919. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23948177>
4. Parra B, Lizarazo J, Jiménez-Arango J, Zea-Vera A, González Manrique G, Vargas J, et al. Guillain-Barré syndrome associated with Zika virus infection in Colombia. N Engl J Med [Internet]. 2016 [citado 21 Ene 2019]; 375 (16): 1513-1523. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27705091>
5. Rivera-Lillo G, Torres-Castro R, Burgos P, Varas-Díaz G, Vera-Urbe R, Puppo H, et al. Incidence of Guillain-Barré Syndrome in Chile: A population-based study. J Peripher Nerv Syst [Internet]. 2016 [citado 21 Ene 2019]; 21 (4): 339-344. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27477441>
6. Sociedad Venezolana de Salud Pública. 412 casos de Guillain-Barré en lo que va de año reporta la Sociedad Venezolana de Salud Pública. (Actualizado 23 Febrero de 2016, Citado Marzo 2019) Disponible en <http://efectococuyo.com/tag/sociedad-venezolana-de-salud-publica>
7. Hans-Peter H. Acute immunoinflammatory neuropathy: update on Guillain-Barre syndrome. Neurol [Internet]. 2002 [citado 20 Feb 2019]; 15 (5): 571-577. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/11105143_Acute_immunoinflammatory_neuropathy_Update_on_Guillain-Barre_syndrome
8. Piñol-Ripoll G, Llorde M, Garcés-Redondo I, De la Puerta C, Iñiguez C. Características del síndrome de Guillain-Barré en el área III de salud de la Comunidad Autónoma de Aragón. An Med Interna [Internet]. 2008 [citado 21 Ene 2019]; 25 (3) 108-112. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992008000300002
9. Carrillo-Pérez D, García-Ramos G. Síndrome de Guillain-Barré en un Hospital de referencia en México. Rev Mex Neuroci [Internet]. 2012 [citado 21 Ene 2019]; 13 (1): 15-21. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgibin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=44789>

10. Aragonés J, Altimiras J, Alfonso F, Celedón G, Alfonso S, Roura P, et al. Incidencia y Características clínicas del Síndrome de Guillain-Barré en la comarca de Osona, Barcelona, España 2003-2016. *Neurol [Internet]*. 2017 [citado 21 Ene 2019]; 12 (1): 1-12. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485318301506?via%3Dihub>
11. Medina S, Vargas M, Rodríguez L, Orozco N. Descripción clínica y relación con la estancia hospitalaria de pacientes con Síndrome de Guillain-Barré en un comunitario en México. *Rev Mex Neuro [Internet]*. 2015 [citado 15 Ene 2019]; 16 (2):1-5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgibin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=64797>
12. Cea G, Jara P, Quevedo F. Características epidemiológicas del síndrome de Guillain-Barré en Población Chilena: estudio hospitalario en un periodo de 7 años. *Rev Med Chile [Internet]*. 2015 [citado 15 Ene 2019]; 143 (2): 183-189. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000200005
13. Palmezano J, Rodríguez R, Rangel D, Galvis S, Camargo W, Figueroa C, et al. Perfil clínico de Pacientes con Síndrome de Guillain-Barré en un Hospital Universitario de Colombia. *Arch Med [Internet]*. 2017 [citado 15 Ene 2019]; 13 (4): 1-6. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6278808>
14. Ballón-Manrique B, Campos-Ramos N. Características clínicas y paraclínicas del Síndrome de Guillain-Barré en el Hospital Regional Lambayeque, Perú. *Rev Neuro [Internet]*. 2017 [citado 20 Dic 2018]; 80 (1): 26-32. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/3056>
15. Figueroa C. Caracterización Clínico epidemiológica de los pacientes con Síndrome de Guillain-Barré. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Enero 2011-Marzo 2016. [Trabajo Espacial de Grado para optar al título de Médico Internista]. Valencia. Universidad de Carabobo, 2016.
16. Paradas L. Relación entre tratamiento y evolución Clínica en pacientes con Síndrome de Guillain-Barré. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Noviembre 2015-Abril 2016. [Trabajo Espacial de Grado para optar al título de Médico Internista]. Valencia. Universidad de Carabobo, 2017.
17. López K. Factores predictores de Insuficiencia Respiratoria Aguda en pacientes con Guillain-Barré. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Abril 2015-Abril 2016. [Trabajo Espacial de Grado para optar al título de Médico Internista]. Valencia. Universidad de Carabobo, 2017.
18. Goodfellow J, Willison H. Guillain-Barré Syndrome: A century of progress. *Nat Rev Neurol [Internet]*. 2016 [citado 20 Dic 2018];12 (12):

723-731. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27857121>

19. Palacios D, Fernández J, Martínez M. Síndrome de Guillain-Barré. (Libro en Línea). 2008: Sección 21, Neurología. Disponible en: <http://intensivos.uninet.edu/21/2012.html>.
20. Casademont J, Berciano A. Enfermedades de los Nervios Periféricos. En Agustí A, Bayes A, Brugada J; editores. Farreras, Rozman Medicina Interna. Vol 2. 17ª ed España. Elsevier. 2012. p. 1429-1440.
21. Hauser S, Asbury A. Síndrome de Guillain-Barré y otras neuropatías mediadas por mecanismos inmunitarios. En Braunwald E, Fauci As, Kasper DL, editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. Vol 2. 16th ed. México: Mc Graw-Hill; 2009 p. 12959-13084.
22. Cuadro R, Silvareño R, Vacarezza M, Buzo R, Mendez 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 [Internet]. 2011 [citado 23 Mar 2019]; 27(3): 155-160. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2011v3/art5.pdf>
23. Wilson J, Hareendran A, Grant M, Baird T, Schultz U, Muir K, et al. Improving the assessment of outcomes in stroke: Use of a structured interview to assign grades on the Modified Rankin Scale. Stroke [Internet]. 2007 [citado 23 Mar 2019]; 33 (9): 22-43. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12215594>
24. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos 59ª Asamblea General. Seúl. Corea, Octubre de 2009. Disponible en <http://www.wma.net/ed/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>



ANEXO A



Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Postgrado
Programa de Especialización en Medicina Interna
Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera"

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio de la presente hago constar que autorizo al investigador a incluirme en el estudio titulado: **Características Clínicas y Grado de Discapacidad en Pacientes con Síndrome de Guillain-Barré área de Emergencia Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Mayo 2019 - Mayo 2020**, y he sido previamente informado de:

- Los beneficios y conocimientos que podrían aportar mi investigación.
- La explicación previa de los procedimientos que se emplearían en el estudio, tales como punción lumbar, electromiografía y velocidad de conducción de cuatro miembros.
- No recibir ningún beneficio económico por parte del investigador.

Por lo tanto **acepto** los procedimientos a aplicar, considerándolos inocuos para la salud y acepto los derechos de:

- Conocer los resultados que se obtengan.
- Respetar mi integridad física y moral.
- Retirarme en cualquier momento del estudio si tal es mi deseo.

Nombre del paciente _____

Edad _____ C.I: _____

Firma _____



ANEXO B

Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Postgrado
Programa de Especialización en Medicina Interna
Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera"



Ficha de Recolección de datos

Paciente# _____ Sexo: _____ Edad _____

Comorbilidades: SI _____ NO _____ CUAL _____

Manifestaciones clínicas al ingreso:

Manifestaciones clínicas al egreso:

Punción lumbar: SI _____ NO _____

Aspecto: _____ PMN: _____ Linfocitos: _____ Glucosa: _____

Proteínas: _____ Otras: _____

Velocidad de Conducción: SI _____ NO _____

Hallazgos:

Complicaciones

1.-Insuficiencia Respiratoria Aguda SI_____ NO_____

2'-Disautonomia Autonómica: ¿Cuál?_____

3.-Ventilacion Mecánica SI_____ NO_____

4.-Neumonia Nosocomial SI_____ NO_____

5.-Infección del Tracto Urinario SI_____ NO_____

6.-Fracaso Renal Agudo SI_____ NO_____

Tratamiento

Inmunoglobulina humana SI___ NO___ Dosis_____

Plasmaféresis: SI___ NO___ Días: _____

Respuesta al tratamiento: _____

Motivo de Egreso: Mejoría ___ Muerte___ Contra opinión medica_____



ANEXO C

Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Postgrado
Programa de Especialización en Medicina Interna
Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera"



ESCALA DE RANKIN MODIFICADA

Escala de Rankin Modificada		
Nivel	Grado de Discapacidad	
0	Asintomático	
1	Muy leve	Pueden realizar tareas y actividades habituales sin limitaciones.
2	Leve	Incapacidad para realizar algunas actividades previas, pero pueden valerse por sí mismos, sin necesidad de ayuda.
3	Moderada	Requieren algo de ayuda, pero pueden caminar solos.
4	Moderadamente grave	Dependiente para actividades básicas de la vida diaria, pero sin necesidad de supervisión continuada (necesidades personales sin ayuda).
5	Grave	Totalmente dependientes. Requieren asistencia continuada.
6	Muerte	

TABLA N° 1

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON
SÍNDROME DE GUILLAN-BARRÉ. SERVICIO DE EMERGENCIA. CIUDAD
HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”.
MAYO 2019 - MAYO 2020**

Edad	f	%
<20 años	2	12,5
21-30 años	2	12,5
31-40 años	2	12,5
41-50 años	3	18,75
51-60 años	2	12,5
61-70 años	3	18,75
71-80 años	2	12,5
SEXO	f	%
Femenino	10	62,5
Masculino	6	37,5
Total (n=16) $\bar{X} \pm Es$	46,9 $\pm$ 4,90	
Mujeres (n=10) $\bar{X} \pm Es$	49,6 $\pm$ 15,54	
Hombres (n=6) $\bar{X} \pm Es$	42,3 $\pm$ 17,05	
Comorbilidades	f	%
Ninguna	7	43,75
Enfermedad Arterial Hipertensiva	4	25
Diabetes Tipo 2	3	18,75
Diabetes Tipo 1	1	6,25
Hipotiroidismo	1	6,25
Complicaciones	f	%
Si	6	37,50
No	10	62,50
Total	16	100

Fuente: Datos de la Investigación (Romero, 2020)

TABLA N° 2

**CARACTERIZACIÓN DE LAS FORMAS DE PRESENTACIÓN Y
HALLAZGOS ELECTROFISIOLÓGICOS EN LOS PACIENTES CON
SÍNDROME DE GUILLAN-BARRE. SERVICIO DE EMERGENCIA. CIUDAD
HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”. MAYO 2019 - MAYO 2020**

Variantes	f	%
Sensitivo-Motor	10	62,5
Motor	5	31,25
Miller Fisher	1	6,25
Hallazgos Electrofisiológicos del SGB	f	%
Polirradiculoneuropatía Mixta Sensitivo Motora	10	62,5
Neuropatía Axonal Aguda Motora	5	31,25
Síndrome de Miller Fisher	1	6,25
Punción Lumbar	f	%
Si	8	50,
No	8	50
Total	16	100
Disociación albumino-citológica	f	%
Si	6	75
No	2	25
Total	8	100,00

Fuente: Datos de la Investigación (Romero, 2020)

TABLA N° 3

RELACIÓN DEL TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIDO Y LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE GUILLAN-BARRE. SERVICIO DE EMERGENCIA. CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”. MAYO 2019 - MAYO 2020

Egreso	Mejoría		Defunción		Total	
Tratamiento	F	%	f	%	f	%
Inmunoglobulina	4	25	1	6,25	5	31,25
Plasmaféresis	3	18,75	1	6,25	4	25
No recibió	3	18,75	4	25,00	7	43,75
Total	10	62,5	6	37,5	16	100

Fuente: Datos de la Investigación (Romero, 2020)

TABLA N° 4

COMPARACIÓN DEL GRADO DE DISCAPACIDAD EN EL INGRESO Y AL ALTA MEDIANTE LA ESCALA DE RANKIN MODIFICADA DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE GUILLAN-BARRE. SERVICIO DE EMERGENCIA. CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”. MAYO 2019 - MAYO 2020

Momento	Ingreso		Egreso	
Rankin	f	%	f	%
0 (asintomático)	0	0,00	1	6,25
1 (Muy Leve)	0	0,00	3	18,75
2 (Leve)	1	6,25	6	37,5
3 (Moderado)	4	25	0	0,00
4 (Mod. Grave)	6	37,50	0	0,00
5 (Grave)	5	31,25	0	0,00
6 (Muerte)	0	0,00	6	37,5
Total	16	100,00	16	100,00
$\bar{X} \pm Es$	3,94 $\pm$ 0,23		3,18 $\pm$ 0,58	

Fuente: Datos de la Investigación (Romero, 2020)

TABLA N° 5

RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE DISCAPACIDAD AL INGRESO Y LAS CONDICIONES DE EGRESO DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE GUILLAN-BARRE. SERVICIO DE EMERGENCIA. CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”. MAYO 2019 - MAYO 2020

Egreso	Mejoría		Muerte		Total	
Rankin Ingreso	f	%	f	%	f	%
0 (Asintomático)	0	0	0	0	0	0,00
1 (Muy Leve)	0	0	0	0	0	0,00
2 (Leve)	0	0	1	6,25	1	6,25
3 (Moderado)	3	18,75	1	6,25	4	25,00
4 (Mod. Grave)	4	25	2	12,50	6	37,5
5 (Grave)	3	18,75	2	12,50	5	31,25
6 (Muerte)	0	0	0	0	0	0,00
Total	10	62,50	6	37,50	16	100,00
$\bar{X} \pm Es$	4,0 +/- 0,58		3,83 +/- 1,23		t = 0,34; P= 0,7410	

Fuente: Datos de la Investigación (Romero, 2020)

TABLA N° 6

**CARACTERIZACIÓN DEL NIVEL DE DISCAPACIDAD AL EGRESO
SEGÚN EL TRATAMIENTO RECIBIDO. PACIENTES CON SÍNDROME DE
GUILLAN-BARRE. SERVICIO DE EMERGENCIA. CIUDAD
HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”. MAYO 2019 - MAYO 2020**

Tratamiento	Inmunoglobulina		Plasmaféresis		No recibió		Total	
Rankin Egreso	f	%	f	%	f	%	f	%
0 (Asintomático)	1	6,25	0	0	0	0	1	6,25
1 (Muy leve)	1	6,25	1	6,25	1	6,25	3	18,75
2 (Leve)	2	12,50	2	12,50	2	12,50	6	37,50
6 (Muerte)	1	6,25	1	6,25	4	25	6	37,50
Total	5	31,25	4	25	7	43,75	16	100
$\bar{X} \pm Es$	2,2 $\pm$ 1,02		2,75 $\pm$ 1,11		4,14 $\pm$ 0,88		F=1,14; P= 0,3489	

Fuente: Datos de la Investigación (Romero, 2020)