

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, PARACLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DEL
SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE
MAYO, 2017 - 2018**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

DÍAZ PALOMINO LUIS DANIEL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

LIMA – PERÚ

2019

ASESOR

DR. FRANCISCO, VALLENAS PEDEMONTTE

AGRADECIMIENTO

A Dios que nos dio la vida, a los doctores y amigos que me han dado su apoyo en todo el proceso de realizar mi investigación y al Hospital Nacional Dos de Mayo por el desarrollo del trabajo.

DEDICATORIA

A mis padres, que me apoyan constantemente en todo momento y motivándome a seguir el desarrollo de todos mis proyectos.

RESUMEN

Objetivo: Describir las características clínicas, paraclínicas y epidemiológicas del síndrome de Guillain-Barré en el Hospital Nacional Dos de Mayo en los años 2017 y 2018.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Se obtuvieron las historias clínicas de 80 pacientes hospitalizados en el Hospital Dos de Mayo con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré. La técnica de recolección de datos fue por una ficha elaborada por el investigador la cual contenía la información de las variables. Se utilizó el programa IBM SPSS statistic v25 para el procesamiento de datos.

Resultados: La edad de presentación de la enfermedad se dio con mayor frecuencia en adultos (rango de 43 -54 años), predominante en el sexo masculino con un 59%. En nuestra población el grado de instrucción fue de Secundaria en un 46% que reside en su mayoría en la ciudad de Lima con un 55%. Se encontró que la ocupación de estos pacientes fue comerciante en un 24%. El antecedente de infección previa se dio en el 47% de la población. Se dieron más casos en otoño con un 35%. El estudio de electromiografía dio como resultado la variante axonal (NAMA) en un 63%. Se realizó estudio de citoquímico del LCR encontrándose la disociación albumino-citológica en un 55%. La clínica de presentación fue cuadriparesia, arreflexia de forma distal y ascendente en un 50%. El tratamiento que más se utilizó fue la plasmaferesis con un 79%. La evolución de todos los pacientes fue favorable, no se reporta mortalidad.

Palabras claves: Síndrome de Guillain-Barré, Características clínicas, epidemiología, plasmaféresis.

ABSTRACT

Objective: We describe the clinical, paraclinical and epidemiological characteristics of Guillain-Barré syndrome in the National Hospital of Dos de Mayo in the years 2017 and 2018.

Methodology: An observational, descriptive, transversal and retrospective study was carried out. We obtained the medical records of 80 patients hospitalized in the Hospital Dos de Mayo with a diagnosis of Guillain-Barré syndrome. The technique of data collection was by a card prepared by the researcher which contained the information of the variables. The IBM SPSS statistic v25 program was used for data processing.

Results: The age of presentation of the disease occurred more frequently in adults (range of 43 -54 years), predominant in males with 59%. In our population, the educational level was Secondary in 46%, which resides mostly in the city of Lima with 55%. It was found that the occupation of these patients was a 24% merchant. The history of previous infection occurred in 47% of the population. There were more cases in the fall with 35%. The electromyography study resulted in the axonal variant (NAMA) in 63%. A cytochemical study of the CSF was performed, finding albumin-cytological dissociation in 55%. The presentation clinic was quadriparesia, arreflexia of distal and ascending form in 50%. The treatment that was most used was plasmapheresis with 79%. The evolution of all patients was favorable, no mortality was reported.

Key words: Guillain-Barré syndrome, Clinical characteristics, epidemiology, plasmapheresis.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Guillain-Barré es una patología de daño al nervio periférico y sus componentes, la clínica que se manifiesta con más frecuencia es la debilidad de los músculos distales de forma simétrica y ascendente, muchas veces llegando a una cuadriparesia.

La presente investigación hace referencia a esta patología para conocer sus características clínicas, paraclínicas y epidemiológicas realizada en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

El capítulo I se desarrolló el problema de la investigación, realizando el planteamiento del problema, formulación del problema general y específicos, justificación, delimitación del estudio realizado, objetivos generales y específicos y el propósito del tema.

El capítulo II contiene el marco teórico con los antecedentes bibliográficos, la base teórica, el desarrollo del marco conceptual, hipótesis general y específicos, la definición de variables y definición operacional de términos.

El capítulo III se realizó la metodología de la investigación haciendo referencia al diseño metodológico, tipo y nivel de investigación, se menciona la población y muestra de estudio, se mencionan las técnicas e instrumentos de recolección de datos, diseño de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos y finalmente aspectos éticos.

Capítulo IV se desarrolló el análisis de los resultados y la discusión del tema de investigación.

Capítulo V se dan las conclusiones y recomendaciones del estudio. Finalmente se muestra las referencias bibliográficas y anexos del trabajo de investigación.

ÍNDICE

CARATULA	i
ASESOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
ÍNDICE	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xii
LISTA DE ANEXOS	xiv
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2.1 GENERAL	2
1.2.2 ESPECÍFICOS	2
1.3 JUSTIFICACIÓN	2
1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	3
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.6 OBJETIVOS	
1.6.1 GENERAL	4
1.6.2 ESPECÍFICOS	4
1.7 PROPÓSITO	5
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	6
2.2 BASE TEÓRICA	20
2.3 MARCO CONCEPTUAL	30
2.4 HIPÓTESIS	31

2.5 VARIABLES	31
2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	31
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO	33
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	33
3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	33
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	33
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	34
3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	34
3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	34
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	35
CAPÍTULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS	
4.1 RESULTADOS	36
4.2 DISCUSIÓN	52
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 CONCLUSIONES	54
5.2 RECOMENDACIONES	55
BIBLIOGRAFÍA	57
ANEXOS	62

LISTA DE TABLAS

Tabla N°1: Datos generales.....	36
Tabla N°2: Manifestación clínica de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018.....	38
Tabla N°3: Variante por estudio de electromiografía del síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018.	39
Tabla N°4: Presencia de Disociación Albumino-citológica de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017-2018.....	40
Tabla N°5: Edad de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017-2018.....	41
Tabla N°6: Sexo de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017-2018.....	43
Tabla N°7: Grado de escolaridad de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017-2018.....	44
Tabla N°8: Lugar de residencia de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017-2018.....	44
Tabla N°9: Antecedente de Infección previa de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017-2018.....	45

Tabla N°10: Estación del año en la se presentó la enfermedad de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017-2018.....	46
Tabla N°11: Tiempo de enfermedad de los pacientes con diagnóstico del síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018.	48
Tabla N°12: Ocupación de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018.	49
Tabla N°13: Tratamiento recibido de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018.	50
Tabla N°14: Evolución de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018.	51

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico N°1: Manifestación clínica de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018.	38
Gráfico N°2: Variante por estudio de electromiografía del síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018.	39
Gráfico N°3: Presencia de Disociación Albumino-citológica de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017-2018.....	40
Gráfico N°4: Edad de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018.	42
Gráfico N°5: Sexo de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018.	43
Gráfico N°6: Grado de escolaridad de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018.	44
Gráfico N°7: Lugar de residencia de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018.	45
Gráfico N°8: Antecedente de Infección previa de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017-2018.....	46

Gráfico N°9: Estación del año en la se presentó la enfermedad de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018.47

Gráfico N°10: Tiempo de enfermedad de los pacientes con diagnóstico del síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017-201.....48

Gráfico N°11: Ocupación de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018.49

Gráfico N°12: Tratamiento recibido de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018.50

Gráfico N°13: Evolución de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018.51

LISTA DE ANEXOS

Anexo N°1: Operacionalización de Variables.....	62
Anexo N°2: Instrumento.....	65
Anexo N°3: Validez de Instrumento – consulta de expertos.....	67
Anexo N°4: Matriz de consistencia.....	70

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Síndrome de Guillain Barre (SGB), es una enfermedad de carácter inmunitaria que su objetivo es principal es atacar las diferentes estructuras del sistema periférico, haciendo que se divida en múltiples variantes por lo cual hace que el modo de presentación no sea la habitual o sea fácilmente de reconocer, Su clínica principal inicia en los músculos distales de los miembros inferiores con parálisis flácida aguda, progresiva y de forma ascendente, su asociación con enfermedades infecciosas del aparato gastrointestinal y respiratorio son frecuentes.

Su incidencia es de 0.4 - 4 por 100.000 habitantes en todo el mundo.¹ Para llegar a su diagnóstico es imprescindible la clínica y apoyo diagnóstico como son el citoquímico del líquido cefalorraquídeo y estudios de electromiografía.

“En el año 2016 se convirtió en un problema de salud pública por la OMS aumentado considerablemente los casos de esta patología”.¹ La atención inicial de apoyo es muy importante ya que el 30% de estos pacientes requieren soporte ventilatorio por insuficiencia respiratoria neuromuscular.² Inclusive con estas medidas terapéuticas, la mortalidad es de un 5%, muchas relacionadas con la parálisis de la musculatura respiratoria, paro cardíaco o trombosis, que son complicaciones que se encuentran a menudo.³ La intervención en las primeras horas es de vital importancia ya que evita que el 42,9% de los pacientes requieran de una Unidad de Cuidados Críticos.² está

muy relacionado con una administración de terapéutica con insumos de costo alto, tiempos de hospitalización largos y muchas veces puede dejar al paciente con discapacidad.

En el Perú no se toma actualmente o no es posible tener un seguimiento epidemiológico, ya sea por desconocimiento de la enfermedad o por sus formas de presentación clínica de forma variada haciendo que los casos sean desestimados por los profesionales de salud, además de no contar con la experiencia suficiente. Los estudios paraclínicos que se necesitan como son los estudios del citoquímico del LCR y pruebas de electromiografía para su diagnóstico no se encuentran disponible muchas veces en los hospitales.

Así mi interés de reconocer las características clínicas, paraclínicas y epidemiológicas del síndrome de Guillain-Barré , este tema que no es muy frecuente pero la correcta identificación hará un mejor abordaje reduciendo así las complicaciones y mortalidad.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 GENERAL:

¿Cuáles son las Características Clínicas, Paraclínicas y Epidemiológicas del Síndrome de Guillain Barré en el Hospital Nacional Dos de Mayo en los años 2017 - 2018?

1.2.2 ESPECÍFICO:

¿Cuáles son las características clínicas del Síndrome de Guillain Barré en el Hospital Nacional Dos de Mayo en los años 2017 - 2018?

¿Cuáles son las características paraclínicas del Síndrome de Guillain Barré en el Hospital Nacional Dos de Mayo en los años 2017 - 2018?

¿Cuáles son las características epidemiológicas del Síndrome de Guillain Barré en el Hospital Nacional Dos de Mayo en los años 2017 - 2018?

¿Cuál es el tratamiento más utilizado en los pacientes hospitalizados con el síndrome de Guillain Barré en el Hospital Nacional Dos de Mayo en los años 2017 - 2018?

¿Cuál es la evolución de los pacientes hospitalizados con el síndrome de Guillain Barré en el Hospital Nacional Dos de Mayo en los años 2017 - 2018?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación fue desarrollada para describir las características tanto clínicas, paraclínicas como epidemiológicas, esto ayudara a reconocer y tener más información en el personal de salud sobre esta patología mejorando los sistemas de diagnóstico, tratamiento oportuno y conocimiento de la enfermedad. El SGB es una patología no muy bien estudiada en el Perú. Así mismo es en estos tiempos ha tomado un papel vital en el sector de la salud pública ya que está asociada a brotes epidémicos infecciosos la cual motivan el interés de investigar. En la literatura peruana no se encuentra variedad de esta información

1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

Delimitación espacial: Hospital Nacional Dos de Mayo.

Delimitación temporal: Periodo comprendido entre los años 2017 - 2018.

Delimitación social: Pacientes con diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré G61.0.

Delimitación Conceptual: En el servicio de Neurología del Hospital Nacional Dos de Mayo donde se encuentran los pacientes con dicha enfermedad.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La tesis que se desarrolló presentó las siguientes limitaciones:

En el proceso de investigación se contó con un tiempo limitado la cual no se pudo acceder a la información de las historias clínicas.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1 GENERAL:

Describir las Características Clínicas, Paraclínicas y Epidemiológicas del Síndrome de Guillain Barré en el Hospital Nacional Dos de Mayo en los años 2017 - 2018.

1.6.2 ESPECÍFICOS:

Especificar las características clínicas del Síndrome de Guillain Barré en el Hospital Nacional Dos de Mayo en los años 2017 - 2018.

Describir las características paraclínicas del Síndrome de Guillain Barré en el Hospital Nacional Dos de Mayo en los años 2017 – 2018.

Mencionar las características epidemiológicas del Síndrome de Guillain Barré en el Hospital Nacional Dos de Mayo en los años 2017 - 2018.

Identificar cuál es el tratamiento más utilizado en los pacientes hospitalizados con síndrome de Guillain Barré en el Hospital Nacional Dos de Mayo en los años 2017 – 2018.

Mencionar la evolución de los pacientes hospitalizados con síndrome de Guillain Barré en el Hospital Nacional Dos de Mayo en los años 2017 - 2018.

1.7 PROPÓSITO

El desarrollo de esta investigación tiene como principal motivo aportar nuevos conocimientos sobre las características clínicas, paraclínicas y epidemiológicas en pacientes con síndrome de Guillain Barré en los profesionales de salud y población en general motivando que se realicen más investigaciones del tema.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS NACIONALES

Según Benigno Ballón Manrique y Neptalí Campos Ramos “Características Clínicas y Paraclínicas del síndrome de Guillain-Barré en el hospital Regional de Lambayeque”, Chiclayo, Perú, 2016.³

El presente estudio de tipo descriptivo, retrospectivo entre los años del 2011 a 2015, en la cual se revisó un total de 16 historias clínicas de pacientes del Hospital Regional de Lambayeque con criterios diagnóstico de Asbury y Cornblath del SGB. Para lo cual se utilizó la media aritmética y la distribución de frecuencias en las variables cuantitativas.

En el resultado del estudio se obtuvo que 9 pacientes (56%) eran de sexo masculino y 7 (44%) de sexo femenino, con una edad promedio de 32.6 años. La estación en la cual predominó la enfermedad fue de 6 casos en invierno, 5 durante la primavera, 3 en otoño y 2 casos en el verano. En cuanto a enfermedades previas 3 pacientes presentaron infecciones digestivas, 2 enfermedades respiratorias y 1 presentó linfoma no Hodking. El cuadro clínico más predominante fue déficit motor en 15 pacientes, además se presentó 5 pacientes con síntomas autonómicos, 7 pacientes con alteración en pares craneales y 5 requirieron ventilación mecánica en cuidados críticos. En cuanto al estudio de LCR se realizó en los 10 a 20 de inicio de síntomas, presentando en ellos la disociación albumino-citológica en 5 de ellos. El estudio de electromiografía fue positivo en 12 de los 16 pacientes con predominio en el subtipo polineuropatía axonal sensitivo-motora

en 6 pacientes, este procedimiento se realizó a los días 14 y 25 día de hospitalización, el tratamiento que recibieron 8 de ellos fue inmunoglobulina humana.³

INTERNACIONALES

Según Payam Khomand y colaboradores “Síndrome de Guillain-Barré: estudio retrospectivo de la clínica y características epidemiológicas Kurdistán, Oeste de Irán, de 2005 al 2014”, Sanandaj, Iran, 2018.⁴

La investigación fue un estudio retrospectivo, basado en registros médicos, en el cual 98 casos de hospitalización en los hospitales de Tohid y Besat (hospitales de referencia terciaria), en Sanandaj, Irán, entre los años 2005 y 2014 para obtener información epidemiológica, clínica, los factores de riesgo, los hallazgos de laboratorio y los protocolos de tratamiento. Para el análisis de datos utilizaron SPSS versión 16 además se utilizaron para los análisis la prueba de Chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher, la prueba t y el análisis de varianza (ANOVA) y la regresión logística. El nivel significativo fue considerado en $p < 0.05$.

En los resultados del estudio, se encontró la mayor incidencia fue de 0,96 por 100 000 en 2008 y la menor fue de 0,195 en 2015. La mayoría de los casos de enfermedad ocurrieron en la primavera. La edad media fue de 22.16 (SD = 15.11) años. Entre los 69 pacientes, 36 casos (52,2%) eran hombres y 33 casos (47,8%) eran mujeres. Según el estado ocupacional, 26 casos (37,7%) eran niños (≤ 7 años), 14 casos (20,3%) eran estudiantes, 11 casos (15,9%) eran amas de casa, 2 casos (2,9%) eran soldados, 1 caso (1,4). %) era agricultor, 11

casos (15,9%) tenían otras ocupaciones y 4 casos (5,8%) no tenían trabajo. Los signos y síntomas de la EGB predominó la parestesia con 69% de forma ascendente, dolor en extremidades 21%, disfagia 4%. Se encontraron que 39 pacientes (56,52%) tuvieron factores de riesgo como antecedentes de infecciones gastrointestinales, infecciones respiratorias y cirugía 2 a 4 semanas antes de la aparición de la enfermedad. En los hallazgos paraclínicos en el análisis del LCR se realizó en 39 casos (56,52%); en 26 casos se presentó más de 100 mg / dL (37.7%), resultado fue normal en 13 casos (18.8%). Además, en 64 casos (92,8%) se realizaron pruebas de electrodiagnóstico; de los cuales 4 casos no tuvieron un hallazgo específico, pero en otros pacientes se produjo una neuropatía periférica o falta de potencial de acción. 39 los pacientes (56,5%) ingresaron en la UCI, de los cuales solo 4 casos (10,2%) requirieron ventilación mecánica. El protocolo de tratamiento más común fue la Ig IV (n = 47, 68%). El uso combinado de Ig IV con terapia con esteroides se aplicó en 16 casos (23,1%). En 4 casos (6%) se utilizaron otras terapias combinadas. Se logró la recuperación total en 31 pacientes (44,9%) y la recuperación relativa en 36 pacientes (52,2%) y murieron 2 pacientes (2,9%). La recaída de la enfermedad se registró en 6 pacientes (8,7%). Se observó asociación de edad y género con las características clínicas del SGB y el pronóstico con las características epidemiológicas de los pacientes. Los resultados indicaron que hubo una relación significativa entre el sexo, edad y el pronóstico y la participación sensorial-motora y el ingreso en la UCI.⁴

Según J.M. Aragonés y colaboradores “Incidencia y Características clínicas del síndrome de Guillain-Barré en la comarca de Osona”, Barcelona, España, 2017.⁵

El presente estudio es de tipo retrospectivo y descriptivo dado en el periodo de los años 2003 a 2016. Para realizar estudios clínicos y epidemiológicos de pacientes diagnosticados con síndrome de Guillain-barré, mediante la revisión de registros del Hospital Universitario de Vic, Se utilizó pruebas estadísticas las cuales son el test de Yates y el test de Mann-Whitney. Los programas utilizados para el análisis estadístico han sido Microsoft Office Excel 2007 e IBM SPSS *Statistics* versión 23.

Los resultados en el periodo de estudio (2003 -2016), se encontraron 43 casos de SGB, con un nivel de certeza de 58,2% en el primer nivel. La incidencia del SGB en la comarca de Osona fue de 2.07/100.000 habitante, la razón de hombres respecto a las mujeres es de 3,3. Se encontró una media de edad de 51,21±26,9 años. Se presentaron infecciones previas la cual predomino la respiratoria con 41,9% e infecciones del tracto gastrointestinal con 20,9%, solo un paciente presento antecedente de vacunación en las semanas anteriores. En el estudio se encontró proteinorraquia en el 76,7% de los casos. El 73,7% de los pacientes presento neuropatía de predominio desmielinizante en el estudio de electromiografía. En el estudio se encontró las variantes: AIDP con 72.1%, AMAN 16,3%, AMSAN 4,7% y síndrome de Miller Fisher 4,7%. En cuanto al tratamiento 90,2% fueron con inmunoglobulina. El soporte ventilatorio se necesitó en el 20,9% de los pacientes. No se mostraron diferencias estacionales de la enfermedad en el estudio. Se reportaron 4 muertes producidas por insuficiencia respiratoria y/o neumonía. La media de la escala de Rankin a los 6 meses fue 1,44. Las variables asociadas a peor pronóstico y mortalidad (Rankin \geq 3) a los 6 meses fueron la edad igual o superior a 80 años (el 50% de los casos de 80 y más años

presenta un Rankin ≥ 3 a los 6 meses), la demora desde el inicio de los síntomas al ingreso hospitalario (Rankin 0-2 media de 7,9 días, Rankin ≥ 3 media de 19 días; $p = 0,015$), presentar infección gastrointestinal previa (el 33,3% de las infecciones gastrointestinales presenta un Rankin ≥ 3 a los 6 meses) y la variante AMAN (el 57,1% de los casos AMAN presenta un Rankin ≥ 3 a los 6 meses). La mayoría (77,8%) de los pacientes con necesidad de soporte respiratorio tienen afectación de los pares craneales ($p = 0,005$).⁵

Según Jorge Mario Palmezano Diaz y colaboradores “Perfil Clínico de Pacientes con Síndrome de Guillain Barre en un Hospital Universitario en Colombia”, Bucaramanga, Colombia, 2017.⁶

La investigación es un estudio descriptivo de corte transversal retrospectivo. La cual se obtuvo la revisión de Historia Clínicas de 55 pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré del Hospital Universitario de Colombia entre los años 2012-2016, para obtener los datos de las características de la enfermedad, edad, sexo, tiempo de evolución, si alguno presento infección previa o si requirió de unidad de cuidados críticos además de electromiografía y el tipo de tratamiento recibido. Los datos fueron analizados a través de software estadístico Stata 12.0.

Los resultados del total de pacientes resulto una mediana de edad de 45 años en su mayoría varones 60%. Se identificó en los pacientes infecciones respiratorias en un 46% y gastrointestinales en un 31% como antecedentes. La clínica predominante fue de arreflexia o hiporreflexia y debilidad muscular a predominio distal con más del 90% de pacientes. La disociación albumino-citológica en el líquido

cefalorraquídeo estuvo presente en más del 90% de los pacientes, con un promedio de toma de muestra entre los 0 a 12 días de ingreso hospitalario. La electromiografía compatible con la enfermedad se encontró en un 91% de pacientes, con un promedio de 1 a 17 días de realización del procedimiento, En cuanto al resultado de la electromiografía concluyeron que 64% fue de polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda y 33% la neuropatía axonal aguda. La ventilación mecánica fue requerida en un 44% de los pacientes con la enfermedad. En cuanto al tratamiento más utilizado fue inmunoglobulina en un 93% y plasmaféresis en un 11% de los casos. Se reporta una mortalidad de 0%. Se encontró una prevalencia de 14 casos por cada 100.000 pacientes.⁶

Según Raúl Carrera Pineda y colaboradores “Síndrome de Guillain-Barré en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI”, Ciudad de México, México, 2017.⁷

La investigación es un estudio observacional, descriptivo, retrolectivo y transversal. Previamente aprobado en la cual se revisó 94 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de Guillain-barré en el “Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI” entre los años 2012 a 2016. Para analizar las características demográficas, antecedente de infección previa, presentación clínica, el grado de discapacidad mediante la escala de Hughes y pronóstico (mediante escala de Erasmus GBS, Respiratory Insufficiency Score (EGRIS) y Erasmus SGB Outcome Score (EGOS)). Además de datos neurofisiológicos, para ello se utilizó estadística descriptiva en el tipo de variable.

En los resultados se encontraron 94 pacientes, de las cuales 61% fueron hombres y 39% mujeres con una edad promedio de 53 años. En los 4 primeros meses hubo mayor presentación de casos, siendo abril con más casos registrados con un 16%. Se encontró en un 80% de los pacientes antecedente de infección gastrointestinal y respiratoria como predominante y otras comorbilidades. En cuanto a la presentación clínica predominó la afectación sensitivo-motora con afectación de pares craneales y disautonomías. La evaluación con la escala de Hughes, la media del total de pacientes fue de 3.63 ± 1.27 y 27% presentaron puntaje de 5 lo cual requirieron ventilación mecánica. La escala EGRIS tuvo a 32 pacientes con riesgo bajo, 34 con riesgo intermedio y 28 con alto riesgo, con una media de 3.34 ± 1.9 . Mediante la escala EGOS se detectó a 48 pacientes (51%) con un puntaje mayor a 5 lo cual presume mal pronóstico. Un 88% de los pacientes recibieron tratamiento con inmunoglobulina G intravenosa. El estudio de VCN se dio en 94 pacientes con resultado de 64 de ellos en variante axonal 68% y desmielinizante en 27 pacientes 29% y otros 3% sin datos concluyentes. El estudio del líquido cefalorraquídeo mostro la disociación albumino-citológica en un total de 47 pacientes (71%).⁷

Según Jorge L. Salinas y colaboradores “Incidencia y características clínicas del Síndrome de Guillain-Barré antes de la introducción del virus Zika en Puerto Rico”, San Juan, Puerto Rico, 2017.⁸

El presente estudio se incluyó los casos de GBS que se encontraron en la base de datos del Hospital de Puerto Rico mediante el uso de los códigos de descarga de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD) correspondientes a GBS (es decir, el código ICD-

9 357.0 o el código ICD-10 G61.0). Descripción clínica de los casos de GBS, 2012–2015. Para la extracción de registros médicos para recopilar datos demográficos, características clínicas, síntomas previos y características de tratamiento de pacientes con GBS confirmados de los nueve hospitales de referencia durante 2012–2015. El análisis estadístico de los datos se utilizó la herramienta de Investigación de Captura Electrónica de Datos (REDCap), y los análisis se realizaron utilizando Stata versión 14 (College Station, Texas).

En los resultados se encontró una incidencia 3.8 por 100,000 habitantes en 2013 de GBS. Las características clínicas de los casos de GBS, 2012–2015 Identificamos un total de 202 hospitalizaciones en los nueve hospitales de referencia seleccionados durante 2012–2015 con los códigos ICD correspondientes a GBS. Entre los 67 casos confirmados de EGB que fueron hospitalizados durante 2012-2015, 17 (25%), 34 (51%) y 16 (24%) cumplieron con los niveles de criterios de colaboración de Brighton 1, 2 y 3, respectivamente. De estos pacientes, 17 (26%) fueron hospitalizados en 2012, 18 (27%) en 2013, 15 (22%) en 2014 y 17 (25%) en 2015. La mayoría de los pacientes (67%) tuvieron un inicio de enfermedad neurológica en Julio, agosto o septiembre. La edad media de los pacientes con SGB confirmados fue de 51 años (rango = 3–82 años), y 36 eran hombres (54%). Cuarenta y cuatro pacientes con GBS confirmados (66%) tenían una enfermedad antecedente documentada en las cuatro semanas previas a la aparición de síntomas neurológicos. Entre ellos, 16 (36%) tenían una enfermedad respiratoria, 14 (32%) tenían una enfermedad gastrointestinal, 12 (27%) tenían una enfermedad vírica y 2 (4%) tenían un síntoma no categorizado. La mediana de tiempo desde la

enfermedad antecedente hasta el inicio de los síntomas neurológicos fue de 7 días (rango = 0-27 días). La aparición de síntomas neurológicos su mediana de tiempo desde el inicio de los síntomas neurológicos hasta la hospitalización fue de 4 días (rango = 0–42 días) y la duración media de la hospitalización fue de 10 días (rango = 3–121 días). Las manifestaciones neurológicas notificadas con mayor frecuencia durante la hospitalización fueron la hiporreflexia (100%), la debilidad de las piernas (94%) y la debilidad del brazo (73%). De 57 (85%) pacientes que tenían resultados disponibles de líquido cefalorraquídeo, 44 (77%) tenían evidencia de disociación albumino-citológica. El tiempo medio entre el inicio de las manifestaciones neurológicas y la punción lumbar fue de 8 días (rango = 0-43 días). Un total de 32 (48%) pacientes tenían neuroimagen espinal descartando mielitis transversa. La mayoría de los pacientes (93%) recibieron IgIV, y tres (6%) pacientes también recibieron plasmaféresis o intercambio de plasma. Un total de 29 (43%) pacientes requirieron cuidados intensivos y 14 (21%) requirieron ventilación mecánica. De 60 (90%) pacientes con un resultado hospitalario registrado, 35 (58%) fueron dados de alta a domicilio, 17 (28%) fueron dados de alta a un centro de rehabilitación, 4 (7%) requirieron cuidados prolongados o cuidados paliativos, 2 (4%) fueron transferidos a otra instalación, y 2 (4%) murieron en el hospital.⁸

Según Arvind Vyas y colaboradores “Perfil Clínico de adultos con síndrome de Guillain-Barré en el noreste Rajastán, India”, Rajastán, India, 2016.⁹

La investigación es un estudio observacional prospectivo que se realizó en el hospital de Rajastán en el periodo de 2014 a 2015, la cual se obtuvo un total de 30 pacientes con que cumplieron los

estándares del síndrome de Guillain-barré para analizar las características de edad, sexo, antecedentes, características clínicas y estudios de laboratorio del líquido cefalorraquídeo. Se utilizó estadística descriptiva.

Los resultados: En un total de 30 pacientes de los cuales 23 eran hombres y 7 eran mujeres con una relación de 3.28:1, en el total de pacientes el promedio de edad resultó que el 30% pertenecían en edades de 31-40 años. Además, se observó que la mayor población pertenecía al área rural 70% que al área urbana 30%. La incidencia de presentación de la enfermedad fue alta en los meses de marzo a julio y baja en el mes de octubre a febrero. Se reveló que un 73% de pacientes presentó antecedente de enfermedad siendo la predominante la infección gastrointestinal con un 26,6%, también se presentó infección respiratoria con un 23,33%. En cuanto a la clínica el estudio revela que el 63,33% de los pacientes presentaron cuadriparesia, el 50% afectación del nervio craneal, 16,6% síntomas sensoriales y el 36,6% presentó paraparesia e inestabilidad autonómica.⁹

Según Gabriel Cea y colaboradores “Características Epidemiológicas del síndrome de Guillain Barré en población chilena: estudio hospitalario en un periodo de 7 años”, Santiago, Chile ,2015.¹⁰

La investigación de tipo retrospectivo, donde se encontró un total de 41 fichas de pacientes con diagnóstico de SGB en la base de datos del Hospital del Salvador, para extraer datos demográficos y epidemiológicos, manifestaciones clínicas, estudios de electrofisiología y de laboratorio.

Los resultados de los pacientes analizados fueron de predominio del sexo masculino en relación de 2.7:1 con un promedio de edad de 51,6. El subtipo más frecuente que se halló fue la polineuropatía desmielinizante aguda (AIDP) con un total de 27 pacientes. El subtipo que tuvo mayor dificultad para su diagnóstico fue la polineuropatía axonal sensitivo motora aguda (AMSAN) y la polineuropatía axonal sensitiva aguda (ASAN). Se encontró que la enfermedad predominó en las estaciones de verano e invierno. En cuanto a los pacientes que presentaron cuadros infecciosos anteriores en los últimos 2 a 3 semanas predominaron las gastrointestinales y respiratorias en 21 pacientes (51,2%). El examen de citoquímico del líquido cefalorraquídeo en 21 pacientes (52,5) presentó la disociación albumino-citológica y en 19 pacientes fue normal, la toma promedio de días que fue tomada la muestra fue de 2 a 42 días. La clínica predominante fue la tetraparesia, hiporreflexia o arreflexia y algunos casos debilidad facial en 27 pacientes. La discapacidad de la enfermedad analizado con la escala de Hughes se dio más en la variante de AMAN con 57%, los subtipos AMAN, AMSAN y AIDP, requirieron asistencia de ventilador mecánico al ingreso. El tratamiento utilizado fue plasmaféresis (68%) y de inmunoglobulina (44.4%) en los pacientes no encontrándose diferencia estadística en ellos.¹⁰

Según Medina Benítez S. y colaboradores “Descripción Clínica y relación con la estancia hospitalaria de pacientes con Síndrome de Guillain-Barré en un comunitario en México”, San Luis Potosí, México, 2015.¹¹

La investigación es un estudio descriptivo, observacional y prospectivo, la cual toma pacientes con diagnóstico de síndrome de

Guillain-Barré en el Hospital de San Luis Potosí en el periodo de abril 2011 a octubre 2012. Para describir las características clínicas y las variables de edad, sexo, factores precedentes, el tiempo transcurrido entre dicho evento y el inicio de la sintomatología entre otras. Para ello se utilizó estadística descriptiva, prueba de “T” de Student y probabilidad exacta de Fisher mediante el uso del paquete estadístico SPSS v20.0.

Los resultados del estudio se obtuvieron 21 casos en los 18 meses, de la cual 11 (55%) pertenecen a pacientes masculinos y 10 (45%) femeninos. El promedio de edad fue 43.85 años. 21 casos, 9 (42%) no presento antecedente de infección; 6 (28%) reporto infección gastrointestinal, 5 (23%) reporto infección respiratoria y en un paciente, reporto antecedente de vacunación contra Influenza H1N1. con un periodo de transcurrido la infección de 10.5 días y 15 días para la vacunación, 6 (28%) no presentaron antecedente de infección, pero si enfermedades de hipertensión y diabetes. La clínica que se presento fue de cuadriparesia 19 (90%), parestesias y disestesias 8 (38%), disfonía 8 (38%), disnea 7 (33,3%) y disfagia 7 (33,3%). La variante clínica predominante fue PDIA con 13 casos, NASMA 3, NAMA 1 y 1 paciente con pandisautonomía. El tratamiento de IgG se administró a 4 (19%) y Plasmaferesis 5 (23%). 12 (52%) requirió ventilación mecánica con un promedio de 14.3 días. El estudio muestra que, las diasautonomías son factor de riesgo para necesitar de ventilación mecánica.¹¹

Según Stojan Peric y colaboradores “Características Clínicas y epidemiológicas del Síndrome de Guillain-Barré en los Balcanes Occidentales”, Serbia, 2014.¹²

La investigación es un estudio retrospectivo realizado en 3 países de los Balcanes Occidentales: Serbia, Bosnia y Herzegovina y Montenegro. Después de la aprobación de comité de ética se obtuvieron los casos de pacientes con diagnósticos de SGB de los centros de salud de atención terciaria mediante la revisión de registros en el periodo de 2009 a 2013 para el estudio de los datos clínicos y epidemiológicos. Se utilizó estadística de chi cuadrado y significación estadística de 0.01.

Los resultados encontraron a 327 pacientes de las cuales la proporción hombre a mujer fue de 1,7: 1. La edad promedio de inicio fue de $52,6 \pm 15,6$ años. La edad mostró una distribución bimodal con un pico más bajo a los 34 años y un pico más alto a los 58 años. La variante del SGB más frecuente fue la Polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (AIDP) observados en 214 (65%) casos, seguidos de neuropatía axonal motora aguda (AMAN) (7%) y neuropatía axonal motora aguda y sensorial (AMSAN) (5%). El síndrome de Miller-Fisher (MFS) se encontró en 10 (3%) pacientes, y variante faríngeo-cervical-braquial (PCB) en 2 (0,6%). La variante de GBS no se especificó en 61 (19%) pacientes en el momento del alta.

Los eventos precedentes más comunes fueron las infecciones respiratorias y gastrointestinales (60%). La media de tiempo de aparición de los primeros síntomas fue de $11,5 \pm 8,0$ días. Se encontró una mejora significativa con respecto a la discapacidad de los pacientes. La punción lumbar se realizó en 241 pacientes (74%). Se detectaron proteínas elevadas del LCR (> 0.55 g / l) en el 88% de los pacientes examinados, mientras que en 4 (25%) de los pacientes examinados, > 4 en 20 (6%) y en 50 (2%) se detectaron linfocitos por microlitro. La electrofisiología se realizó en 262 pacientes (80%). La

desmielinización predominante se encontró en 209 (64%), la lesión axonal predominante en 53 (16%), la neuropatía motora pura en 58 (18%), la sensibilidad pura en 9 (3%) y la sensitiva motora en 185 (57%). Se administró inmunoglobulina intravenosa (Ig IV) en 174 pacientes (53%), intercambio plasmático terapéutico (TPE) en 73 (22%) y ambas terapias en 10 (3%) (TPE siempre precedió a la Ig IV). Los corticosteroides se utilizaron en 72 (22%) sujetos, en la mayoría de ellos en dosis <1 mg / kg de masa corporal al día. Sesenta y dos (19%) pacientes con enfermedad leve no recibieron ninguna de estas tres terapias.

La tasa de incidencia bruta promedio de GBS en los tres países fue de 0,87 (IC del 95%: 0,78-0,95) por cada 100.000 habitantes. La variación estacional de la frecuencia de GBS no se observó en el estudio. Si bien octubre, septiembre, marzo y febrero fueron los meses con mayor incidencia de SGB, no se encontró variaciones estacionales significativas en el estudio.¹²

2.2 BASES TEÓRICA

DEFINICIÓN:

El síndrome de Guillain Barré (SGB) es una entidad que abarca signos y síntomas generales de neuropatía de tiempo aguda y autoinmunitaria, su denominación se utiliza con mayor frecuencia en pacientes con polineuropatía periférica que puede llegar a provocar una cuadriparesia, puede estar comprometido nervio craneal. Las teorías investigadoras de la patología demuestran que en la mayoría de presentación se da una infección que precede a la enfermedad la cual interaccionan con el nervio periférico y estructuras que lo componen por una reacción molecular que tienen igual o parecida estructura.

Durante tiempo atrás, se consideró la enfermedad como una sola patología en su unidad, los avances han demostrado lo contrario reconociéndolo un síndrome de subtipos y clínica variable. Las más reconocidas son: “polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (AIDP), neuropatía axonal motora aguda (AMAN), neuropatía axonal sensoriomotora aguda (AMSAN) y el síndrome de Miller Fisher (MFS)”.^{14, 18, 23}

EPIDEMIOLOGÍA

El SGB tiene presentaciones en personas de todo el mundo, “tiene una incidencia global de 0.4 a 4 casos por 100.000 por año”.^{1, 13} Se tiene conocimiento que todas las edades pueden tener la enfermedad, es una patología que tiene mayor sexo comprometido a los varones que mujeres.

Está relacionada con zonas endémicas, puede ocurrir en con menor frecuencia en niños que adultos, es una enfermedad que se mantiene constante en el tiempo y la diversidad geografía estaría relacionada con la exposición a infecciones, susceptibilidad genética haciendo que esta enfermedad tenga más de un subtipo, curso y gravedad.

La enfermedad aumenta su incidencia más allá de la primera década, con mayor probabilidad de padecerla al pasar 10 años en un 20%.¹⁷

VARIACIONES ESTACIONALES

Se han reportado fluctuaciones estacionales, presumiblemente relacionadas con los antecedentes infecciosos, pero estas observaciones rara vez son estadísticamente significativas.

FISIOPATOLOGÍA

MIMETISMO MOLECULAR

Una de las teorías propuestas para el SGB la historia de una infección provoca una reacción inmunitaria. Todo este proceso no está esclarecido por ello aún se investiga, el blanco de esta respuesta inmunitaria es la mielina en la cual se encuentran epítopes haciendo que se produzca la enfermedad, otro blanco es el axón del nervio periférico.

Se menciona del rol que desempeña la imitación molecular de los antígenos microbianos y autólogos la cual resulta la creación de una respuesta inmune en la que se relacionen se puede encontrar de diferentes formas: primero: Su gran parecido en secuencia de AA y componentes bioquímicos, segundo: En las partes del nervio se da la reacción de cruces de los anticuerpos, tercero: lo mencionado en segunda puede estar producido por un proceso de inmunización de

algún antígeno de la bacteria, cuarto: se logra así una destrucción del nervio en el cual se activan las “células T” la cual despiertan por los epítomos de la bacteria que han interaccionado con los epítomos del nervio.¹⁹

En el desarrollo de la enfermedad toma mucha importancia el grado de desmielinización de tipo inflamación y en diferentes focos ubicados en las estructuras del nervio, producidas por la inmunidad tanto celular como humoral que se producen y evidenciaran el daño. Ocurre de forma secuencial la llegada de las “células T” en actividad la cual produce la pérdida de mielina del nervio como actor principal de ello el macrófago adicionalmente acumula “Ig” en toda la estructura del nervio, da como resultado una polineuropatía de tiempo agudo. El inicio de las manifestaciones en el nodo de Ranvier se ven con frecuencia a menudo que las actividades inmunes reaccionan contra los epítomos que se localizan en la membrana de superficie de la mielina de las células de Schwann y pueden manifestar la neuropatía desmielinizante inflamatoria aguda.²¹

ANTECEDENTE DE INFECCION PREVIA

Un aproximado de las infecciones respiratorias y gastrointestinales se dan en 2 de 3 pacientes que son diagnosticados con la enfermedad.¹⁶ El paciente con infección de *Campylobacter jejuni* tiene aislado este tipo de bacteria en un 25- 50% de los casos, La bacteria *C. jejuni* desarrolla anticuerpos involucrados en el proceso, adicionados los gangliósidos GM1, GD1a, GalNac-GD1a, y GD1b, encontradas habitualmente en AMAN o AMSAN. La infestación por *C. jejuni* está asociado a desarrollar anticuerpos como GQ1b, esta última se

encuentra y es componente de los nervios oculomotores haciendo su fuerte asociación y desarrollo del síndrome de Miller Fisher.¹⁹

La relación con el “virus de inmunodeficiencia humana (VIH)” permite por mecanismos desconocidos que se desarrolle la enfermedad, principalmente en aquellos pacientes severamente comprometidos con la enfermedad. Aun no se tiene evidencia que la infección por VIH y SGB este asociado a mal pronóstico de aquellos pacientes con SGB que no tienen la infección. GBS está informada en momentos de la seroconversión y también mencionada en el tratamiento antirretroviral en el paciente que se encuentra en actividad de la enfermedad.

Un tema que necesita mayor estudio es la infección de virus Zika con pacientes que han sido diagnosticados de SGB para ello se necesita un número mayor de casos reportados para establecer relación.²⁵

El reporte de personas que se hayan vacunado y posteriormente desarrollado la enfermedad no está fuertemente registrado por ello se deja de lado su asociación. En cambio, el virus de la influenza si se mencionado que produce predisposición a desarrollar SGB o aumenta el riesgo de producirla. Algunos temas presentados y reportados en el SGB se manifiestan luego exposición de vacunación antineumocócica.

Otras infecciones. La gripe ha sido manifestada como agravante de desarrollar el SGB. El pasado de un paciente con infección de CMV y virus de Epstein-Barr se ha visto relacionada con la EGB, los virus herpes simple, varicela zoster y hepatitis de la A, B, C y E se mencionan en la literatura con un desarrollo menor de producir la patología así mismo las bacterias H. influenzae, E. Coli, y M. pneumoniae. Estas infecciones mencionadas anteriormente no se han reportado como desencadenantes de desarrollo de SGB.¹⁶

CLÍNICA

Las manifestaciones clínicas del SGB se conoce actualmente en diversos subtipos.²³ Por ello se lleva una exhaustiva distinción de características clínicas, fisiopatológicas y patológicas. Se menciona la clínica principal:

- Inicio de pérdida de fuerza en piernas y brazos, pueden darse de forma mínima a una total (cuadriparesia), también puede dar afectación al tronco, nervios bulbares y oftalmoplejía externa.
- Requerimiento de ventilación mecánica por falla del paquete de la musculatura respiratoria.
- Los reflejos están dados por arreflexia o hiporreflexia de la extremidad explorada que muestra debilidad.

Se puede agregar la clínica de:

Las manifestaciones clínicas duren más de 4 días o 4 semanas

- Existencia de regular simetría
- Signos y síntomas de sensibilidad (hipoestesia, anestesia, hiperestesia)
- Nervio VII u otros nervios craneales afectados y en forma bilateral.
- Síndrome de Secreción Inadecuada de Hormona Antidiurética (SIAHD)
- Retención de orina, bradicardia/Taquicardia, estreñimiento/diarrea, y Síndrome. de horner.
- Dolor producido por compromiso del nervio.
- Sin manifestación febril al comienzo.
- Proteinorraquia en el LCR celular cuantificadas en $\leq 50/\text{mm}^3$ (generalmente < 5 células/ mm^3).

- Estudios electromiograficos sugerentes de GBS y variantes.

Estos signos y síntomas hacen dudar del diagnóstico:

- Nivel sensitivo (hipoalgesia o analgesia) evidenciada por el examen físico neurológico.
- Evidente asimetría en la pérdida de fuerza en las extremidades comprometidas.
- Inadecuada función y/o alteración crónica intestinal y de la vejiga
- Sistema respiratorio comprometido sin manifestación de pérdida de fuerza en los miembros inferiores.
- No déficit motor
- Conteo de GB >50/mm³ con un LCR (pleocitosis).

ESCALA FUNCIONAL DE GRAVEDAD CLÍNICA

Clasificación de Hughes

0	sano, normal
1	síntomas y signos leves, pero que le permiten hacer las actividades de andar, correr aún con dificultad, actividades de vestido, comida y aseo.
2	Puede caminar más de 5 metros sin ayuda ni apoyo, pero no saltar o realizar actividades para su cuidado personal.
3	Puede caminar más de 5 metros, pero con ayuda o apoyo.
4	Está confinado en cama.
5	Con ventilación asistida a tiempo total o parcial.
6	Muerte.

VARIANTES CLINICAS

VARIANTE DESMIELINIZANTE

POLIRADICULONEUROPATIA INFLAMATORIA AGUDA (AIDP)

DESMIELINIZANTE

Es el subtipo más frecuente que se puede encontrar en un 85 – 90% de SGB, esta acción inmune se produce en la mielina, dando la clínica principal de pérdida de fuerza muscular muchas veces es progresiva y se adiciona reflejos osteotendinosos (ROT) disminuidos o ausentes.²⁴

A menudo se encuentra déficits de los nervios craneales y disfunción autonómica frecuente, esta variante predominantemente sensitivo motora y los anticuerpos que se pueden hallar son varias.

VARIANTE AXONAL

NEUROPATÍA AXONAL MOTORA AGUDA (AMAN)

En este subtipo es muy frecuente hallar pacientes con infección de C. jejuni. Tiene predominio por la estación, se reporta en verano la mayoría de los casos de este subtipo. Los ROT a la evaluación se encuentran conservados. La afectación de la sensibilidad no está afectada. Aunque tiene presentación de síntomas más rápido, y el pronóstico que se maneja es bueno, también otra característica es que el nervio craneal no está dañado ni con daño en su mielina por lo cual le confiere afectación motora pura.

Los subtipos “AMAN y AMSAN está fuertemente relacionado a los gangliósidos aislados en estos pacientes son: GM1, GD1a, GalNac-GD1a, y GD1b”^{14, 24}.

NEUROPATÍA AXONAL SENSITIVO MOTORA AGUDA (AMSAN)

Es un subtipo de mayor compromiso que el (AMAN), la cual la degeneración axonal de las fibras motoras y sensoriales se ven severamente afectados, haciendo que cause un enlentecimiento y haciendo que se recupere incompletamente. Su sintomatología, evidencian los síntomas y signos de sensibilidad comprometida la cual muchos igualan al subtipo (AMAN).

En este subtipo la afectación es principalmente axonal con daño de fibras motoras y fibras sensoriales y la electromiografía evidencia polineuropatía axonal, potencial de acción sensorial reducida o ausente, está asociado a anticuerpos GM1 y GD1a.

SÍNDROME DE MILLER FISHER (MFS)

Su clínica de este subtipo comparte una triada ataxia, oftalmología y arreflexia, con una frecuencia de 5%, también hay clínica de compromiso ocular de tiempo aguda sin ataxia y otra forma de viceversa.

Este subtipo el anticuerpo GQ1B se puede hallar en un 85 - 95% de los pacientes con la clínica sugestiva de SMF, El GQ1b anticuerpo no es exclusivo de SMF y se puede hallar en otros subtipos de SGB que comparten similitud clínica. El examen de electromiografía se realiza adicionalmente con conducción nerviosa la cual revela la disminución de la sensibilidad, pero normal velocidad de conducción con cambios discretos en la conducción sensorial o H-reflex pueden estar presentes.²²

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

PUNCIÓN LUMBAR

El procedimiento se realiza a menudo en pacientes con sospecha de GBS. Es importante destacar que este procedimiento, en especial, debe realizarse para excluir otros diagnósticos en lugar de confirmar el GBS. La proteína que se encuentra elevada es IgM y IgA, también de glóbulos blancos sin alteración en el líquido cefalorraquídeo (LCR). Las fuentes mencionan encontrar un fenómeno que aparece en la semana 1 y después de establecida los síntomas en estos diagnósticos de SGB es la disociación albumino-citológica. En la cual hay una elevación de proteínas (proteínorraquia) y se mantiene una celularidad normal.^{13, 17, 19}

ELECTROMIOGRAFÍA

Los estudios de conducción nerviosa (NCS) pueden ayudar a respaldar el diagnóstico clínico de GBS y discriminar entre los subtipos axonales y desmielinizantes.

Las anomalías en la conducción nerviosa tienden a alcanzar un pico > 2 semanas después del inicio de la debilidad. Sin embargo, si se requiere que el NCS confirme un diagnóstico de sospecha de GBS, un retraso de 2 semanas suele ser demasiado prolongado. Aunque NCS puede realizarse antes en el curso de la enfermedad, los resultados podrían ser normales en esta etapa. A menudo, las primeras anomalías detectadas de la NCS son ondas F prolongadas o ausentes, aunque otras anomalías de la conducción se hacen evidentes a medida que avanza la enfermedad. Para aumentar el rendimiento diagnóstico de NCS, se deben investigar al menos cuatro nervios motores, tres nervios sensoriales y ondas F.

Este examen procedimental diagnóstico para los subtipos de SGB y evaluar las neuronas motoras en los músculos, la cual la clasifica en todos los mencionados tipo desmielinizante o tipo axonal.²⁴

TRATAMIENTO

El tratamiento para minimizar los síntomas en el SGB no está estandarizado aun, por lo que se procede a utilizar los tratamientos que están en el centro hospitalario. Los más utilizados son inmunoglobulina y Plasmaféresis. Se comparte la evidencia que la administración de la terapéutica al comienzo de la enfermedad disminuye las complicaciones en el SGB. También se reporta la recuperación en menor tiempo. Los estudios recomiendan la IG EV como la plasmaféresis en SGB tiene igual respuesta, solo varia los costos y modo de administración y una terapéutica dado-combinada no es recomendada.²⁴

INMUNOGLBULINA INTRAVENOSA (IG IV)

La IG IV su administración es por 5 días a la dosis de a 0,4 gr/kg por día. Es necesario mencionar los efectos adversos que ocurren como son: IRA, anafilaxia, déficit de IgA, dermatológica (erupción cutánea) e inclusive inflamación de las meninges aséptica.²⁶

PLASMAFERESIS

Se cree que el intercambio de plasma elimina los anticuerpos neurotóxicos, los factores del complemento y otros mediadores humorales de la inflamación. El intercambio de plasma es beneficioso cuando se realiza dentro de las primeras 4 semanas después del inicio de la debilidad en pacientes que no pueden caminar sin ayuda

(puntuación de la Escala de discapacidad del GBS ≥ 3), pero el mayor efecto se observa cuando el tratamiento se inicia dentro de las primeras 2 semanas. El régimen de intercambio de plasma habitual consiste en cinco tratamientos administrados durante 2 semanas, que involucran un total de aproximadamente cinco volúmenes de plasma. Sin embargo, en pacientes levemente afectados (todavía capaces de caminar), dos sesiones de intercambio de plasma indujeron un inicio más rápido de la recuperación motora que el intercambio de plasma.²⁴

La Intervención se realiza con una maquina especializada y con control del médico especialista, la cual procede al intercambio plasmático así barrer o eliminar elementos del plasma. Como antes se mencionó el diagnóstico oportuno y terapéutica de plasmaféresis es más eficaz en las primeras semanas. Se da de 3 a 4 sesiones de plasmaféresis en un lapso de 10 días aproximadamente. Se necesita la intervención de médicos de la uci generalmente el cual procede a la colocación de un catéter central por ello se tiene mayor cuidado con complicaciones de sepsis, administración EV e hipotensión.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: Es definida como una entidad que abarca signos y síntomas generales de tiempo aguda y origen autoinmunitario, su denominación se utiliza con mayor frecuencia en pacientes con polineuropatía periférica que puede llegar a provocar una cuadriparesia y adicionalmente comprometer nervios craneales.^{14, 18}

ESTUDIOS PARACLÍNICOS: son examen procedimental es diagnósticas y de ayuda utilizada por el médico para esclarecer el diagnóstico de ciertas patologías en el SGB, como son citoquímico de LCR y Electromiorafia.^{15, 24}

VARIANTES CLÍNICAS: la acción inmune se produce daño en diferentes sitios en la mielina y nervio periférico, provocando variantes AIDP, AMAN, AMSAN y SMF.²⁴

TRATAMIENTO: El tratamiento para minimizar los síntomas en el SGB no está estandarizado aun, por lo que se procede a utilizar los tratamientos que están en el centro hospitalario. Los más utilizados son inmunoglobulina y Plasmaféresis.¹³

2.4 HIPÓTESIS

El Proyecto de Investigación es de tipo descriptivo por lo tanto no presenta una hipótesis

2.5 VARIABLES

- Características clínicas
- Características paraclínicas
- Características epidemiológicas

2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

Clínica de la enfermedad: modo de presentación de la enfermedad expresada en signos y síntomas específicos o inespecíficos.

Tratamiento: conjunto de procedimientos y/o administración que conlleva a eliminar y minimizar dolencias.

Evolución: supone la situación futura de un paciente con determinada enfermedad.

CARACTERÍSTICAS PARACLÍNICAS:

Electromiografía: procedimiento médico para estudio del nervio periférico y clasificarlas según el daño de sus componentes (AIDP, AMAN, AMSAN y SMF).

Citoquímico de líquido cefalorraquídeo: Procesamiento bioquímico del líquido cefalorraquídeo, además se evidencia la disociación albumino-citológica.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS:

Edad: años de la persona expresado en números.

Sexo: característica sexual de las personas con diferencia de femenino y masculino.

Grado de Escolaridad: Grado de conocimiento intelectual de la persona expresada en el nivel alcanzado.

Lugar de residencia: lugar donde habita la persona.

Antecedente de infección previa: persona que ha padecido una infección previa a la enfermedad actual.

Estación del año: condiciones del clima en la que se manifiestan a lo largo del año.

Tiempo de enfermedad: intervalo de tiempo en la cual el enfermo manifiesta signos y síntomas.

Ocupación: actividad realizada por una persona.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional: Porque no hay intervención por parte del investigador, y se limita a medir las variables que se define en el estudio.

Descriptivo: Se establece la descripción de variables en los grupos de estudio sin aplicar o manipular variables.

Transversal: Se desarrollan en un "momento" concreto del tiempo.

Retrospectivo: es un estudio donde se analizarán los datos en un tiempo pasado.

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio fue descriptivo.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 POBLACIÓN

Se encontró una población 120 pacientes con el síndrome de Guillain-Barré CIE-10 61.0 el Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo de los años 2017 – 2018.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: pacientes con el diagnóstico del síndrome de Guillain-Barré CIE-10 G61.0

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: pacientes con otros diagnósticos establecidos.

3.2.2 MUESTRA

mediante los criterios de inclusión y exclusión está se constituyó finalmente en 80 pacientes la cual fue la muestra con la que se realizó la investigación.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó mediante un documento la aceptación del trabajo de investigación al Hospital y posteriormente al servicio de la especialidad.

Se solicitó permiso a la Oficina de Estadística para la base de datos y posteriormente la obtención de historias clínicas de los pacientes.

Se utilizó la ficha de recolección de datos la cual fue validada por opinión de expertos (metodólogo, estadista y especialista).

3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó una ficha de recolección de datos que contenía las variables de estudio y se procedió a revisar la información de las historias clínicas, en la cual se encontró la información y posteriormente se llenó la ficha.

3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se procedió a digitar los datos en el Programa Estadístico SPSS v25.0 y estadística descriptiva para su análisis e interpretación del resultado y luego expresarlos en tablas y gráficos, basado en el instrumento utilizado y de acorde con los objetivos del trabajo.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

La investigación no afectó la vulnerabilidad de la población en estudio. No se declaran conflicto de interés por ser un estudio de carácter documental y estar aprobado por el comité de ética.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

Tabla N°1: Datos generales

Variable	N = 80	F	%
Manifestación clínica	1.Parestesia	7	8,8
	2.Cuadriparesia, Arreflexia	40	50
	3. Afectación de nervio craneal, cuadriparesia, arreflexia	13	16,3
	4. Afectación de músculos respiratorios, cuadriparesia, arreflexia, disautonomia	9	11,3
	5. Hipostesia, cruadriparesia, arreflexia,	7	8,8
	6. Otros	4	5
Edad	>=18	6	8
	19 - 30	14	17
	31 – 42	13	16
	43 – 54	24	30
	55 – 66	14	17
	<= 67	9	12
Sexo	Masculino	47	59
	Femenino	33	41
Grado de escolaridad	Analfabeta	2	3
	Primaria	17	21
	Secundaria	37	46
	Superior	24	30
Lugar de Residencia	Ciudad de Lima	44	55
	Provincial	34	42,5
	Extranjero	2	2,5
Antecedente de infección previa	No antecedente de infección	34	42,5
	Infección respiratoria	16	20
	Infección gastrointestinal	22	27,5
	Síndrome febril	6	7,5

	Otros	2	2,5
Estación del año	Primavera	16	20
	Verano	20	25
	Otoño	28	35
	invierno	16	20
Ocupación	Agricultor	14	18
	Comerciante	19	24
	Estudiante	11	14
	Ama de casa	13	16
	Enfermera	1	1
	Chofer	5	6
	Publicista	2	3
	Recepcionista	2	3
	Contador	1	1
	Independiente	11	14
	Ingeniero	1	1
Electromiografía	PIAD	11	14
	NAMA	50	63
	AMSAN	16	20
	SMF	3	4
Citoquímico (LCR)	Si	44	55
	No	36	45
Tratamiento	Plasmaferesis	63	79
	Inmunoglobulina IV	1	1
	Otros	16	20
Evolución	Mejorado	77	96
	Secuela	3	4

FUENTE: Ficha de recolección de datos

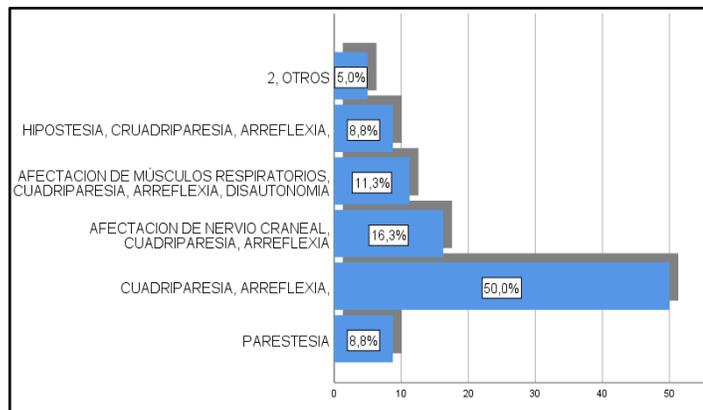
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Tabla N°2: Características clínicas de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018

MANIFESTACION CLINICA	Frecuencia	Porcentaje
PARESTESIA	7	8,8%
CUADRIPARESIA, ARREFLEXIA,	40	50%
AFECCION DE NERVIOS CRANEALES, CUADRIPARESIA, ARREFLEXIA	13	16,3%
AFECCION DE MÚSCULOS RESPIRATORIOS, CUADRIPARESIA, ARREFLEXIA, DISAUTONOMIA	9	11,3%
HIPOSTESIA, CUADRIPARESIA, ARREFLEXIA,	7	8,8%
2, OTROS	4	5%
Total	80	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N°1: Características clínicas de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018



Interpretación: la presentación de la Tabla N°2 y Gráfico N°1 muestra que el modo de presentación de la clínica es cuadriparesia con arreflexia con 50% frecuente los pacientes con diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré del HNDM.

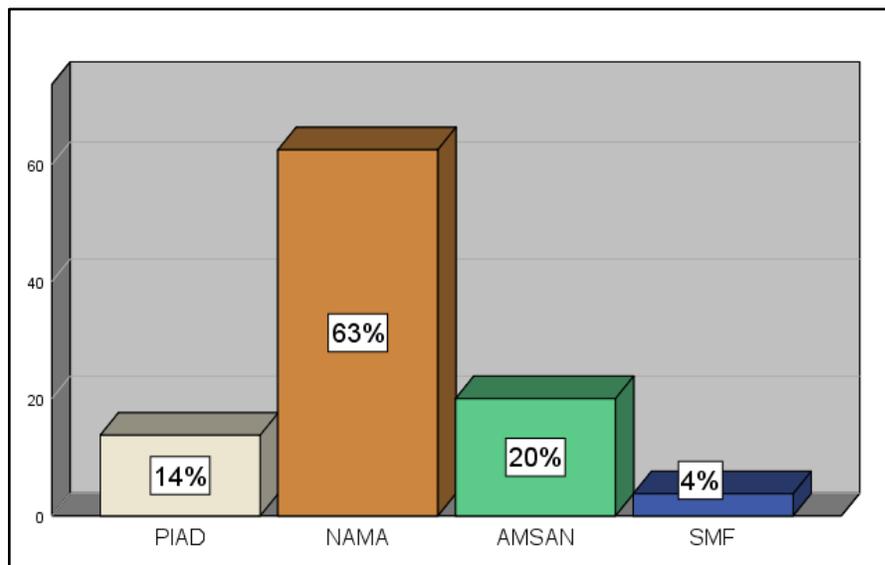
CARACTERÍSTICAS PARACLÍNICAS

Tabla N°3: Características paraclínicas, electromiografía del síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018

ESTUDIO DE ELECTROMIOGRAFIA	Frecuencia	Porcentaje
PIAD	11	14%
NAMA	50	63%
AMSAN	16	20%
SMF	3	4%
Total	80	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N°2: Características paraclínicas, electromiografía del síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018



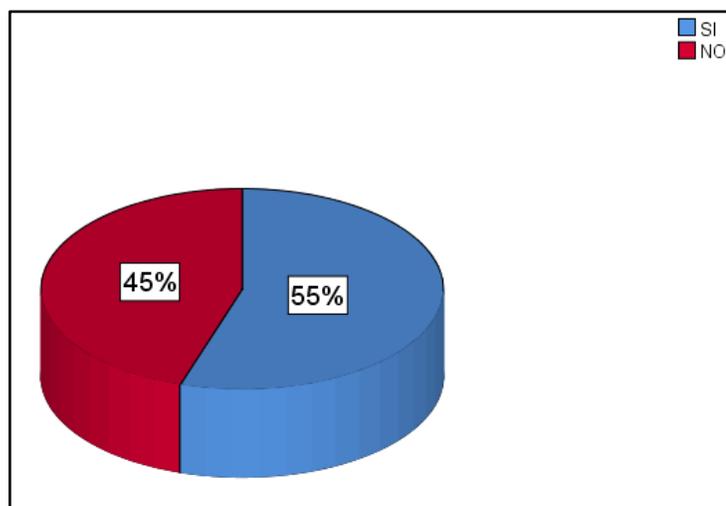
Interpretación: la presentación de la Tabla N°3 y Gráfico N°2 muestra que la variante NAMA con 63% fue la que se encontró con más frecuencia seguida de AMSAN con 20% en los pacientes con diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré en el HNDM.

Tabla N°4: Características paraclínicas, Disociación Albumino-citológica de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018

DISOCIACION ALBUMINO-CITOLOGICA	Frecuencia	Porcentaje
SI	44	55%
NO	36	45%
Total	80	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N°3: Características paraclínicas, Disociación Albumino-citológica de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018



Interpretación: la presentación de la tabla N°4 y Gráfico N°3 muestra que el 55% de los pacientes con diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré presento la disociación albumino-citológica y el 45% no lo presento.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

Tabla N°5: Edad de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018

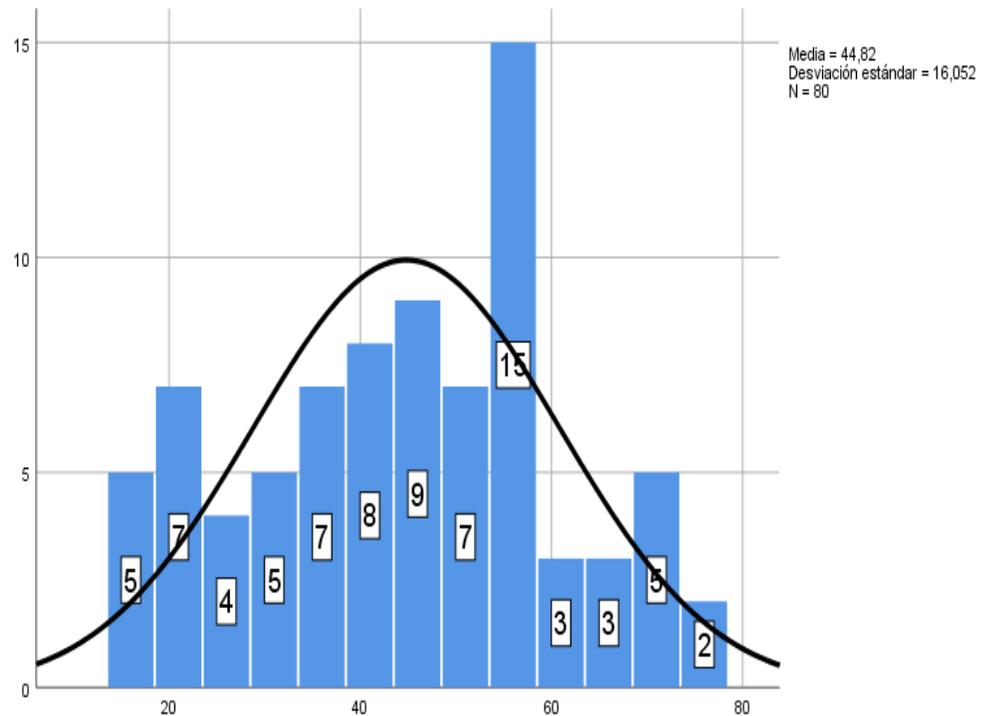
EDAD DEL PACIENTE	
Media	44,83
Mediana	46,50
Moda	54
Desv. Desviación	16,052
Rango	60
Mínimo	16
Máximo	76

Fuente: Ficha de recolección de datos

EDAD DEL PACIENTE	Frecuencia	Porcentaje
>= 18	6	8%
19 - 30	14	17%
31 - 42	13	16%
43 - 54	24	30%
55 - 66	14	17%
<=67	9	12%
Total	80	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N°4: Edad de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré



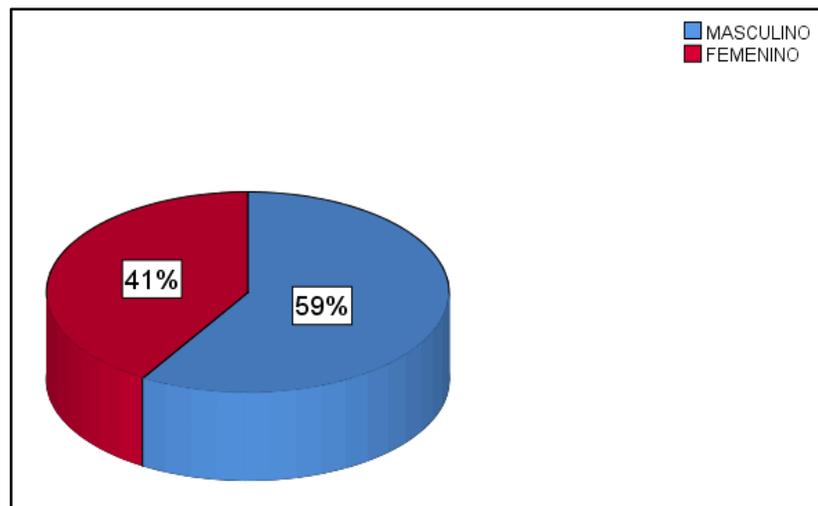
Interpretación: se observa en las Tablas N°5 y Gráfico N°4 se muestra un promedio de edad de 44,83 años, el 50% de las edades se encuentra por encima de 46,5 y el 50% por debajo de este valor, con una desviación de $\pm 16,052$ años con respecto al promedio, el rango de edad de 43 -54 años (29,6%). se muestra edad mínima de 16 y máxima de 76 con un rango de 60 de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré en el HNDM.

Tabla N°6: Sexo de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018

SEXO DEL PACIENTE	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	47	59%
FEMENINO	33	41%
Total	80	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N°5: Sexo de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018



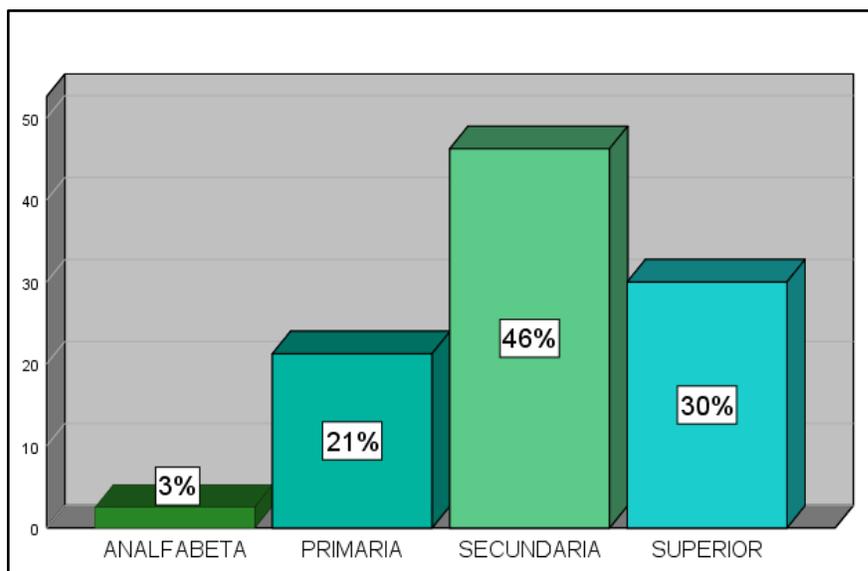
Interpretación: Se observa de la Tabla N°6 y Gráfico N°5 que el mayor porcentaje de la enfermedad se dio en el sexo masculino 59% a diferencia del sexo femenino 41% de los pacientes con diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré en el HNDM, 2017 – 2018.

Tabla N°7: Grado de escolaridad de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018

GRADO DE ESCOLARIDAD DEL PACIENTE	Frecuencia	Porcentaje
ANALFABETA	2	3%
PRIMARIA	17	21%
SECUNDARIA	37	46%
SUPERIOR	24	30%
Total	80	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N°6: Grado de escolaridad de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018



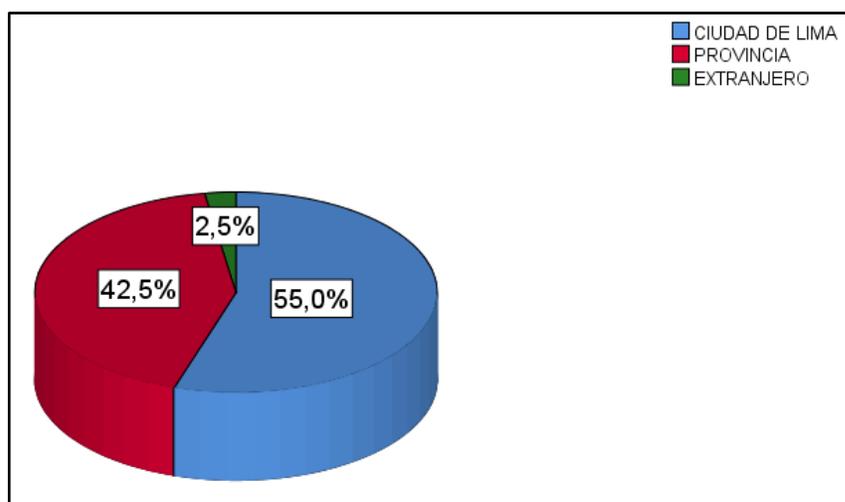
Interpretación: la presentación de la Tabla N°7 y Gráfico N°6 muestra que el grado de escolaridad de los pacientes con diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré en el HNDM, 2017 – 2018, fue el grado de secundaria 46% y 30% superior.

Tabla N°8: Lugar de residencia de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018

LUGAR DE RESIDENCIA	Frecuencia	Porcentaje
CIUDAD DE LIMA	44	55,0%
PROVINCIA	34	42,5%
EXTRANJERO	2	2,5%
Total	80	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N°7: Lugar de residencia de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018



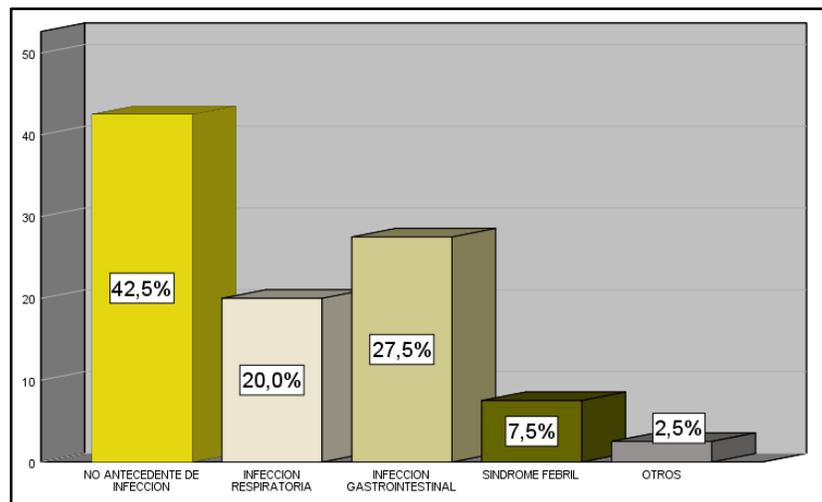
Interpretación: la presentación de la Tabla N°8 y Gráfico N°7 muestra que el mayor porcentaje de pacientes con diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré en el HNDM, 2017 – 2018, provienen de la ciudad de Lima con 55% y 42,5% de provincia.

Tabla N°9: Antecedente de Infección previa de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018

ANTECEDENTE DE INFECCION PREVIA	Frecuencia	Porcentaje
NO ANTECEDENTE DE INFECCION	34	42,5%
INFECCION RESPIRATORIA	16	20,0%
INFECCION GASTROINTESTINAL	22	27,5%
SINDROME FEBRIL	6	7,5%
OTROS	2	2,5%
Total	80	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N°8: Antecedente de Infección previa de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018



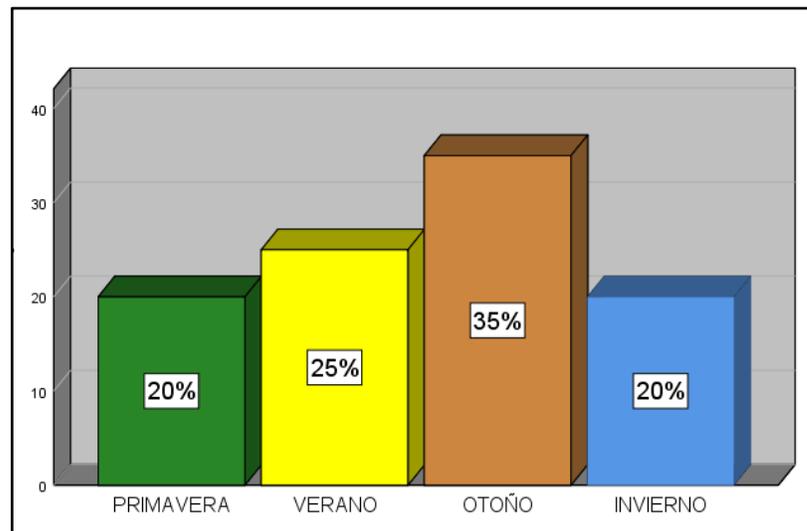
Interpretación: la presentación de la Tabla N°9 y Gráfico N°8 muestra que el 42,5% de la población no tuvo antecedente de infección previa, además muestra que la infección respiratoria se dio en un 20% y gastrointestinal en un 27,5%, síndrome febril en un 7,5% y 2,5% se reporta paciente con vacunación.

Tabla N°10: Estación del año en la se presentó la enfermedad de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018

ESTACION DEL AÑO	Frecuencia	Porcentaje
PRIMAVERA	16	20%
VERANO	20	25%
OTOÑO	28	35%
INVIERNO	16	20%
Total	80	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N°9: Estación del año en la se presentó la enfermedad de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018



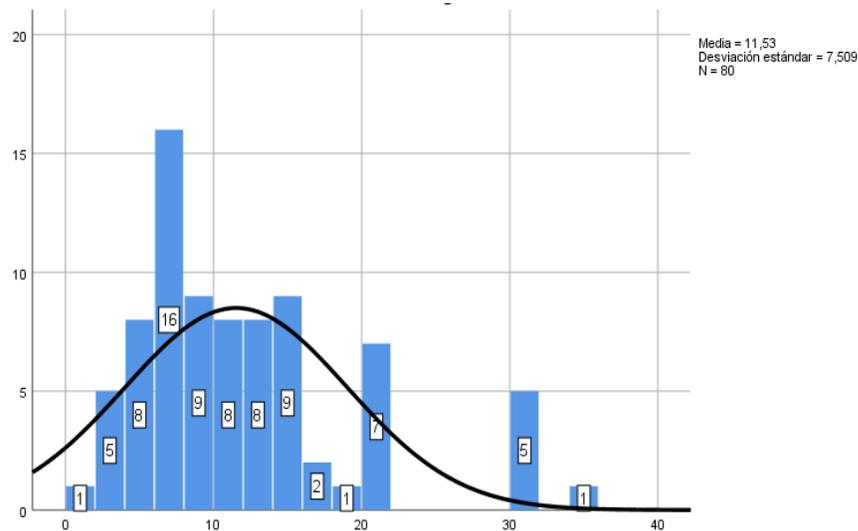
Interpretación: la presentación de la Tabla N°10 y Gráfico N°9 muestra que la estación del año en que se presentó la enfermedad se dio en otoño 35% y 25% en verano en los pacientes con diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré en el HNDM, 2017 – 2018.

Tabla N°11: Tiempo de enfermedad de los pacientes con diagnóstico del síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018

TENDENCIA CENTRAL	TIEMPO DE ENFERMEDAD
Media	11,53
Mediana	10,00
Moda	6
Desv. Desviación	7,509
Rango	34
Mínimo	1
Máximo	35

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N°10: Tiempo de enfermedad de los pacientes con diagnóstico del síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018



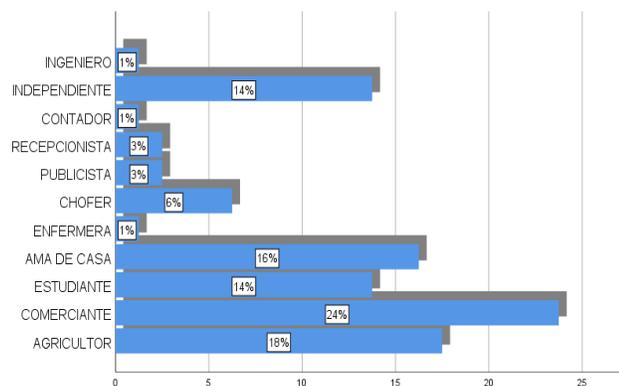
Interpretación: la presentación de la Tabla N°11 y Gráfico N°10 muestra una media de 11.5 días de tiempo de enfermedad, con una desviación de 7,509, moda de 6, rango minino de 1 y máximo de 35 en los pacientes con diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré en el HNDM, 2017 – 2018.

Tabla N°12: Ocupación de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018

OCUPACION	Frecuencia	Porcentaje
AGRICULTOR	14	18%
COMERCIANTE	19	24%
ESTUDIANTE	11	14%
AMA DE CASA	13	16%
ENFERMERA	1	1%
CHOFER	5	6%
PUBLICICISTA	2	3%
RECEPCIONISTA	2	3%
CONTADOR	1	1%
INDEPENDIENTE	11	14%
INGENIERO	1	1%
Total	80	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N°11: Ocupación de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018



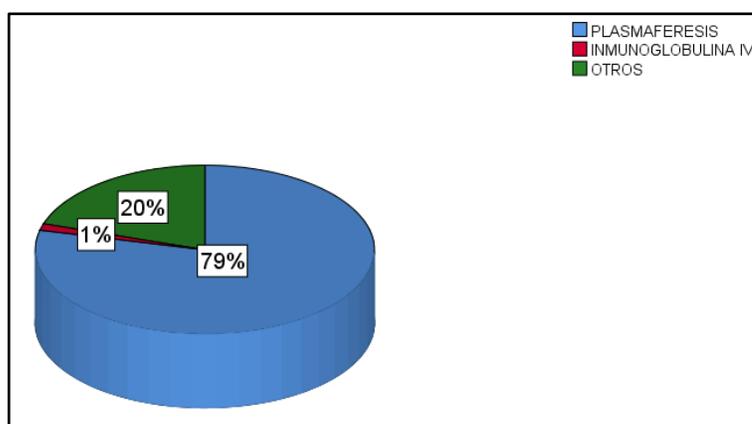
Interpretación: la presentación de la Tabla N°12 y Gráfico N°11 muestra que la ocupación de los pacientes con diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré fue comerciante con un 24% y 18% fueron agricultores.

Tabla N°13: Tratamiento recibido de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018

TRATAMIENTO RECIBIDO	Frecuencia	Porcentaje
PLASMAFERESIS	63	79%
INMUNOGLOBULINA IV	1	1%
OTROS	16	20%
Total	80	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N°12: Tratamiento recibido de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018



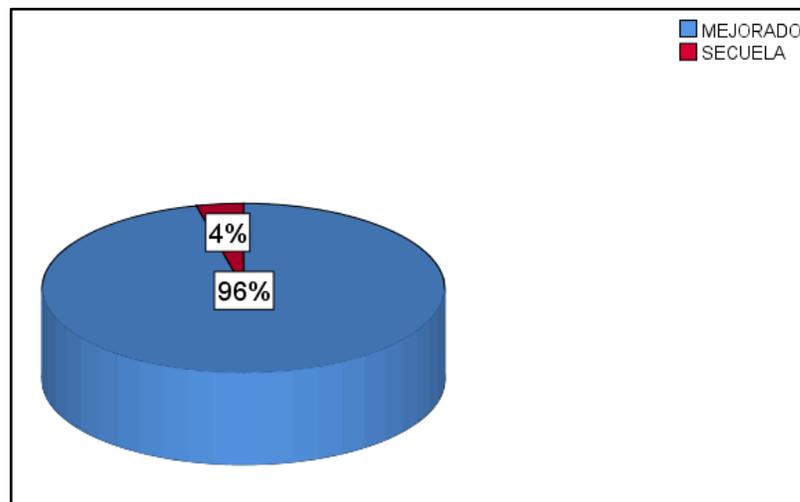
Interpretación: La presentación de la Tabla N°13 y Gráfico N°12 muestra que el tratamiento más utilizado fue la Plasmaferesis 79% y 1% de inmunoglobulina IV, Otros 20% hace referencia a tratamiento médico en los pacientes con diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré del HNDM.

Tabla N°14: Evolución de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018

EVOLUCION DEL PACIENTE	Frecuencia	Porcentaje
MEJORADO	77	96%
SECUELA	3	4%
Total	80	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N°13: Evolución de los pacientes con síndrome de Guillain-Barré del HNDM, 2017- 2018



Interpretación: La presentación de la tabla N°14 y Gráfico N°13 muestra que la evolución fue de Mejorado con 96% y 3% de secuela en los pacientes con diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré del HNDM.

4.2 DISCUSIÓN

En la investigación realizada a los pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré en el Hospital Nacional Dos de Mayo en los años 2017 – 2018 para describir cuales eran las características clínicas, paraclínicas y epidemiológicas se obtuvo la información de las historias clínicas:

En la característica Clínicas presentación de la enfermedad fue de cuadriparesia, arreflexia de forma distal y ascendente 50%. Lo cual concuerda con datos similares en los estudios de Benigno Ballón Manrique y Neptali Campos Ramos en su estudio en Perú 2016 y Medina Benítez S. y colaboradores en México 2015.^{3 11}

En las características paraclínicas El estudio de electromiografía dio como resultado la variante axonal (NAMA) 63% a diferencia del estudio de J.M. Aragonés y colaboradores en España 2017, la cual reporta PIAD como variante más frecuente con un 72%.⁵ Se realizó el estudio de citoquímico del líquido cefalorraquídeo (LCR) encontrándose la disociación albumino-citológica en un 55% también acorde con los estudios de Jorge Mario Palmezano Diaz y colaboradores en su estudio en Colombia 2017 reporta 90%.⁶

En las características epidemiológicas la edad media de presentación de la enfermedad fue de 44 años y se dio con mayor frecuencia en adultos (rango de 43 -54 años), predominante en el sexo masculino con un 59%. La cual difiere con la con los estudios de Benigno Ballón Manrique y Neptali Campos Ramos en su estudio en Perú 2016, donde refiere que la edad de presentación fue 32,6 años y concuerdan que predominó en el sexo masculino en un 60%.³ En nuestra población el grado de instrucción fue de Secundaria con un

46% que reside en su mayoría en la ciudad de Lima con un 55%, no se encuentra estudios con nuestras variables. Se encontró que la ocupación de estos pacientes fue comerciante 24% a diferencia del estudio de Payam Khomand y colaboradores en el Oeste de Irán en el 2018, donde su investigación muestra que la ocupación de su población fue estudiantes en un 37,7%.⁴ En la investigación dieron más casos de la enfermedad en otoño 35% a diferencia de lo reportado por Benigno Ballón Manrique y Neptali Campos Ramos en su estudio en Perú 2016, que fue en invierno.³ Se reportó un tiempo de enfermedad de aparición de síntomas de 11.5 días lo cual coincide con el estudio de Raúl Carrera Pineda y colaboradores en su estudio en México, donde reportan un promedio de 11 días.⁷ El antecedente de infección previa se dio en el 47% de la población encontrándose datos similares en el estudio de Gabriel Cea y colaboradores en su estudio en Chile 2015, la cual se encontró antecedente de infección previa en un 51,2%.¹⁰

El tratamiento que más se utilizó fue la plasmaféresis 79%. La cual concuerda con el estudio de Gabriel Cea y colaboradores en Chile 2015 que reporta el uso de plasmaféresis en un 68%.¹⁰ Los demás estudios reportan el uso de Inmunoglobulina IV como principal tratamiento para los pacientes.

La evolución de todos los pacientes fue favorable, no se reporta mortalidad a diferencia de Benigno Ballón Manrique y colaborador en su estudio en Perú 2016, reporta una mortalidad de 19%.³

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

La investigación realizada a los pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré en el Hospital Nacional Dos de Mayo en los años 2017 – 2018 con una población de 80 pacientes para conocer las características clínicas, paraclínicas y epidemiológicas.

En las características clínicas el modo de presentación fue cuadriparesia, arreflexia de forma distal y ascendente 50%. Adicionalmente se encuentra también afectación de nervio craneal, afectación de musculatura respiratoria y algunos casos disautonomía.

En las características paraclínicas el estudio de electromiografía dio como resultado la variante neuropatía axonal motora aguda (NAMA) 63%. Se realizó estudio de citoquímico del líquido cefalorraquídeo (LCR) encontrándose la disociación albumino-citológica en 55%.

En las características epidemiológicas la edad de presentación de la enfermedad se dio con mayor frecuencia en adultos (rango de 43 -54 años), predominante en el sexo masculino 59%. En nuestra población el grado de instrucción fue de Secundaria 46% que reside en su mayoría en la ciudad de Lima 55%.se encontró que la ocupación de estos pacientes fue comerciante 24%. El antecedente de infección previa se dio en el 47% de la población. Se dieron más casos en otoño 35%.

El tratamiento que más se usó en los pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré fue la plasmaféresis 79% y 1% el uso de la Inmunoglobulina IV.

La evolución de todos los pacientes fue de mejorado y un 4% de los pacientes tuvo un grado de secuela, en el presente estudio no se reporta mortalidad.

5.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda un estudio retrospectivo con mayor número de pacientes para obtener datos más relevantes. Además, para establecer algún grado de asociación y pronóstico.

En cuanto a la variable antecedente de infección previa se recomienda implementar y/o promover la salud pública ya que podría disminuir la frecuencia de infecciones respiratorias o gastrointestinales.

En la variable edad se debe tener mayor preocupación en los adultos mayores implementando en el sector salud programas para esta etapa de vida con enfoque de esta patología.

En las variables de electromiografía y estudio de cito químico de líquido cefalorraquídeo se debería estandarizar, ya que no todos los pacientes no cuentan con estos exámenes.

En la variable tratamiento, se podría coordinar con el sector salud para la disponibilidad del uso de inmunoglobulina IV, por ser menos invasivo y disminuir el tiempo de tratamiento.

En cuanto a la variable evolución se recomienda el seguimiento de respuesta a la enfermedad de los pacientes ya que pueden tener algún tipo de reingreso y/o cronicidad de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Síndrome neurológico, anomalías congénitas e Infección por virus Zika. 17 de enero. Washington, D.C.OPS/OMS.2016.
2. Fonseca-Muñoz J, Frómeta-Guerra A, Fonseca-Muñoz T, Pizarro-Ojea J, Silveira-Sánchez D. Síndrome de Guillain-Barré en la Unidad de Cuidados Intensivos. MULTIMED. 2017; 16(1).
3. Ballón-Manrique B, Campos-Ramos N. Características clínicas y paraclínicas del Síndrome de Guillain-Barré en el Hospital Regional Lambayeque. Revista de Neuro-Psiquiatría. 6 de abril de 2017;80(1):23.
4. Khomand P, Abdolmaleki S, Ghaderi E, Khoshravesh S. Guillain-Barre Syndrome: A Retrospective Study of Clinical and Epidemiological Features in Kurdistan, West of Iran, From 2005 To 2014. International Journal of Epidemiologic Research. 28 de diciembre de 2017;5(1):9-13.
5. Aragonès JM, Altimiras J, Alonso 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). Neurología. junio de 2018.

6. Amaya RMR. Perfil Clínico de Pacientes con Síndrome de Guillain Barre en un Hospital Universitario en Colombia. ARCHIVOS DE MEDICINA. 2017;13(4):6.
7. Carrera-Pineda R, Gutiérrez-Casillas S, Amaya-Sánchez LE, Tafoya-Arellano G, Aguilar-Castillo S, Martínez-Marino M, et al. Síndrome de Guillain-Barré en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. :6.
8. Salinas JL, Major CG, Pastula DM, Dirlikov E, Styczynski A, Luciano CA, et al. Incidence and clinical characteristics of Guillain-Barré syndrome before the introduction of Zika virus in Puerto Rico. Journal of the Neurological Sciences. junio de 2017;377:102-6.
9. Vyas A, Jaiswal K, Swami S, Rankawat M. Clinical profile of adults with Guillain Barre Syndrome in North-West Rajasthan, India. International Journal of Advances in Medicine. 2016;519-22.
10. Cea G, Jara P, Quevedo F. Características epidemiológicas del síndrome de Guillain-Barré en población chilena: estudio hospitalario en un período de 7 años. Revista médica de Chile. febrero de 2015;143(2):183-9.
11. Medina Benítez S, Vargas Méndez D, Rodríguez Leyva I, Orozco Narváez A, Hernández Rodríguez H. Descripción clínica y relación con la estancia hospitalaria de pacientes con síndrome de Guillain-Barré en un comunitario en México. Revista Mexicana de Neurociencia Marzo-abril, 2015; 16(2): 1-15.

12. Peric S, Milosevic V, Berisavac I, Stojiljkovic O, Beslac-Bumbasirevic L, Marjanovic I, et al. Clinical and epidemiological features of Guillain-Barré syndrome in the Western Balkans: *Peric et al. Journal of the Peripheral Nervous System*. diciembre de 2014;19(4):317-21.
13. Vriesendorp F, Shefner J, Dashe J. El síndrome de Guillain-Barré en adultos: tratamiento y pronóstico. Uptodate abril 19, 2017.
14. Yuki N, Hartung H-P. Guillain-Barré Syndrome. *New England Journal of Medicine*. 14 de junio de 2012;366(24):2294-304.
15. Vriesendorp F, Shefner J, Targoff C, Dashe J. El síndrome de Guillain-Barré en adultos: características clínicas y diagnóstico. Uptodate 21 agosto del 2017.
16. Vriesendorp F, Shefner J, Targoff C, Dashe J. El síndrome de Guillain-Barré: Patogénesis. Uptodate 06 de octubre del 2016.
17. Willison HJ, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain-Barré syndrome. *The Lancet*. agosto de 2016;388(10045):717-27.
18. Van den Berg B, Walgaard C, Drenthen J, Fokke C, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain-Barré syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment and prognosis. *Nature Reviews Neurology*. agosto de 2014;10(8):469-82.
19. Van den Berg B, Fokke C, Drenthen J, van Doorn PA, Jacobs BC. Paraparetic Guillain-Barre syndrome. *Neurology*. 3 de junio de 2014;82(22):1984-9.

20. Fokke C, van den Berg B, Drenthen J, Walgaard C, van Doorn PA, Jacobs BC. Diagnosis of Guillain-Barre syndrome and validation of Brighton criteria. *Brain*. 1 de enero de 2014;137(1):33-43.
21. Wakerley BR, Yuki N. Isolated facial diplegia in Guillain-Barré syndrome: Bifacial weakness with paresthesias: Bifacial Weakness. *Muscle & Nerve*. diciembre de 2015;52(6):927-32.
22. Kim JK, Kim B-J, Shin HY, Shin KJ, Nam T-S, Oh J, et al. Acute bulbar palsy as a variant of Guillain-Barré syndrome. *Neurology*. 23 de febrero de 2016;86(8):742-7.
23. Willison HJ, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain-Barré syndrome. *The Lancet*. agosto de 2016;388(10045):717-27.
24. Van den Berg B, Walgaard C, Drenthen J, Fokke C, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain–Barré syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment and prognosis. *Nature Reviews Neurology*. agosto de 2014;10(8):469-82.
25. Fontes CAP, dos Santos AASMD, Marchiori E. Magnetic resonance imaging findings in Guillain-Barré syndrome caused by Zika virus infection. *Neuroradiology*. agosto de 2016;58(8):837-8.
26. Av S, Pa van D. Intravenous immunoglobulin for Guillain-Barre syndrome. 2012;64.

ANEXOS

ANEXO 1: Operacionalización de variables

ALUMNO: DIAZ PALOMINO LUIS DANIEL

ASESOR: DR. VALLENAS PEDEMONTE, FRANCISCO

LOCAL: CHORRILLOS

TEMA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, PARACLÍNICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ EN EL “HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO”, 2017 - 2018.

VARIABLE: CARACTERISTICAS CLINICAS			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
VARIANTE DE SINDROME DE GUILLAIN-BARRÉ	POLIRADICULONEUROPATIA DESMIELINIZANTE INFLAMATORIA AGUDA (AIDP) NEUROPATÍA AXONAL MOTORA AGUDA (AMAN) NEUROPATÍA AXONAL SENSITIVO MOTORA AGUDA (AMSAN) SÍNDROME DE MILLER FISHER (SMF)	NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
MODO DE PRESENTACION CLINICA	PARESTESIAS CUADRIPIRESIA AFECTACIÓN DE NERVIOS CRANEALES AFECTACIÓN DE MÚSCULOS RESPIRATORIOS ARREFLEXIA AFECTACION SENSITIVA	NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

	HIPOESTESIA DISAUTONOMIA		
TRATAMIENTO	INMUNOLOBULINA PLASMAFERESIS	NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
VARIABLE CARACTERISTICAS PARACLINICAS:			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
ESTUDIOS PARACLINICOS	PUNCION LUMBAR ELECTROMIOGRAFIA	NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
VARIABLE CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS:			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
EDAD	AÑOS	CONTINUA	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
SEXO	MASCULINO FEMENINO	NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
GRADO DE ESCOLARIDAD	ANALFABETA PRIMARIA SECUNDARIA SUPERIOR	ORDINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
LUGAR DE RESIDENCIA	LIMA PROVINCIA EXTRANJERO	NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
ANTECEDENTE DE INFECCION PREVIA	SI NO	NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
ESTACION DEL AÑO	PRIMAVERA VERANO OTOÑO	NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

	INVIERNO		
TIEMPO DE ENFERMEDAD	DIAS	CONTINUA	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

VARIABLE: SINDROME DE GUILLAIN BARRE:			
INDICADORES	ITEM	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
SINDROME DE GUILLAIN-BARRÉ	SI NO	NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

ANEXO 2: Instrumento



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Información para realizar la tesis “Característica clínicas, paraclínicas y epidemiológica del Síndrome de Guillain-Barré en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2017- 2018”

N.º FICHA: _____

N.º de HC: _____

I. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS:

1.1 EDAD:

1.8 OCUPACIÓN:

1.2 SEXO: Masculino Femenino

1.3 GRADO DE ESCOLARIDAD: Analfabeta Primaria
Secundaria Superior

1.4 LUGAR DE RESIDENCIA: Ciudad de Lima Provincia
Extranjero

1.5 ANTECEDENTE DE INFECCIÓN PREVIA: SI NO

Infección Ap. Respiratoria SI NO

Infección Ap. Gastrointestinal SI NO

Síndrome febril SI NO

Inmunizaciones SI NO

1.6 ESTACION DEL AÑO QUE PRESENTO ENFERMEDAD:

Primavera Verano Otoño Invierno

1.7 TIEMPO DE ENFERMEDAD:

___Días

II. CARACTERISTICAS PARACLÍNICAS:

2.1 VARIANTE CLÍNICA: ESTUDIO DE ELECTROMIOGRAFÍA

- 1.1 Polirradiculopatía inflamatoria aguda desmielinizante (PIAD)
- 1.2 Neuropatía axonal motora aguda (NAMA)
- 1.3 Neuropatía axonal sensitivo motora aguda (AMSAN)
- 1.4 Síndrome de Miller Fisher (SMF)

2.2 CITOQUÍMICO LCR.

LCR. Disociación albumino-citológica SI NO

III. CARACTERISTICAS CLINICAS

3.1 MANIFESTACION CLÍNICA

- Parestesias
- Cuadriparesia
- Afectación de nervio craneal
- Afectación de Músculos Respiratorios
- Arreflexia
- Afectación sensitiva
- Hipoestesia
- Disautonomía

Otro: _____

3.2 TRATAMIENTO

- Plasmaféresis
- Inmunoglobulina IV

3.3 EVOLUCIÓN:

- Mejorado Fallecido
- Curado Secuela

ANEXO 3: Validez de Instrumento – consulta de expertos

Experto: Metodólogo

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Valleñas Pedemonte, Francisco
 1.2 Cargo e institución donde labora: UPSJB
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del Instrumento: Ficha de recolección de datos
 1.5 Autor (a) del instrumento: DIAS Palomino Luis DANIEL

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				80%	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				80%	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre características clínicas, paraclínicas y epidemiológicas				80%	
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				80%	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				80%	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer características clínicas, paraclínicas y epidemiológicas				80%	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				80%	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				80%	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Descriptivo				80%	

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aprobado (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

80%

Lugar y Fecha: Lima, 11 Enero de 2019

SERVICIO MEDICO "MI SALUD"
 MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
 DE EN SALUD PUBLICA - DR. EN EDUCACION

Firma del Experto

DR. FRANCISCO A. VALLEÑAS PEDEMONTE
 D.N.I Nº 074016141

Teléfono

Experto: Especialista

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Pérez Hernández, Gabriel.*
1.2 Cargo e Institución donde labora: *Médico Asistente, Hospital Nacional Don de Mayo*
1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
1.4 Nombre del instrumento: *Ficha de Recolección de Datos*
1.5 Autor (a) del instrumento: *Díaz Palomino Luis Daniel*

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					90%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre características clínicas, paraclínicas y epidemiológicas					90%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer características clínicas, paraclínicas y epidemiológicas					90%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Descriptivo					90%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplica (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

90%

Lugar y Fecha: Lima, 10 Enero de 2019


UT. GNEB EL PÉREZ HERNÁNDEZ
PROFESOR - AIL DEL SERVICIO DE REVISIÓN
CALLE 11 E. 031792

Firma del Experto
D.N.I Nº 45544542
Teléfono 971854311

Experto: Estadístico

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Bazán Rodríguez Fisi*
1.2 Cargo e institución donde labora: *Docente UPSJB*
1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
1.4 Nombre del instrumento: *Ficha de Revisión de Octor*
1.5 Autor (a) del instrumento: *Dr. Patonino Luis Daniel*

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre características clínicas, paraclínicas y epidemiológicas					85%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer características clínicas, paraclínicas y epidemiológicas					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Descriptivo					85%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplica (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

85%

Lugar y Fecha: Lima, 10 Enero de 2019

Firma del Experto
Elis Bazán Rodríguez
D.N.I N° *19209583*
Teléfono *977 414 879*

ANEXO 4: Matriz de consistencia

ALUMNO: DIAZ PALOMINO LUIS DANIEL

ASESOR: VALLENAS PEDEMONTE, FRANCISCO

LOCAL: CHORRILLOS

TEMA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, PARACLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ EN EL “HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO”, 2017 - 2018.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General: PG: ¿Cuáles son las Características Clínicas, Paraclínicas y Epidemiológicas del Síndrome de Guillain Barré en el Hospital Nacional Dos de Mayo en los años 2017 - 2018?</p> <p>Específicos: PE 1: ¿Cuáles son las</p>	<p>General: OG: Describir las Características Clínicas y Epidemiológicas del Síndrome de Guillain Barré en el Hospital Nacional Dos de Mayo en los años 2017 - 2018.</p> <p>Específicos: OE1: Especificar las características clínicas del</p>	<p>General: HG: El Proyecto de Investigación es de tipo descriptivo por lo tanto no presenta una hipótesis</p>	<p>Variable Independiente: Indicador: Características Clínicas, Paraclínicas y Epidemiológicas</p> <p>Variable Dependiente: Indicador: Síndrome de</p>

<p>características clínicas del Síndrome de Guillain Barré en el Hospital Nacional Dos de Mayo en los años 2017 - 2018?</p> <p>PE: 2: ¿Cuáles son las características Paraclínicas del Síndrome de Guillain Barré en el Hospital Nacional Dos de Mayo en los años 2017 - 2018?</p> <p>PE 3: ¿Cuáles son las características epidemiológicas del Síndrome de Guillain Barré en el Hospital Nacional Dos de Mayo en los años 2017 - 2018?</p> <p>PE 4: ¿Cuál es el tratamiento más utilizado en los pacientes hospitalizados con el síndrome de Guillain Barré en el "Hospital Nacional Dos de</p>	<p>Síndrome de Guillain Barré en el Hospital Nacional Dos de Mayo en los años 2017 - 2018.</p> <p>OE2: Describir las características Paraclínicas del Síndrome de Guillain Barré en el Hospital Nacional Dos de Mayo en los años 2017 - 2018</p> <p>OE3: Identificar las características epidemiológicas del Síndrome de Guillain Barré en el Hospital Nacional Dos de Mayo en los años 2017 - 2018.</p> <p>OE 4: Mencionar cual es el tratamiento más utilizado en los pacientes hospitalizados</p>		Guillain-Barré
--	--	--	----------------

<p>Mayo en los años 2017 - 2018? PE 5: ¿Cuál es la evolución de los pacientes hospitalizados con el síndrome de Guillain Barré en el "Hospital Nacional Dos de Mayo en los años 2017 - 2018?</p>	<p>con síndrome de Guillain Barré en el Hospital Nacional Dos de Mayo en los años 2017 - 2018</p> <p>OE 5: Mencionar la evolución de los pacientes hospitalizados con síndrome de Guillain Barré en el Hospital Nacional Dos de Mayo en los años 2017 - 2018</p>		
DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	
<p>- Nivel: Descriptivo</p> <p>- Tipo de Investigación: Observacional, Transversal y Retrospectivo.</p>	<p>Población: Todos los pacientes con diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré G61.0 N = :120</p> <p>Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico de Guillain-Barré G61.0</p> <p>Criterios de exclusión: Pacientes con otros diagnósticos. N=: 80 (Población Objetiva)</p>	<p>Técnica: Análisis documental.</p> <p>Instrumentos: Ficha de recolección de datos</p>	

	Tamaño de muestra: como la población objetiva es pequeña se trabajará con toda la población: 80 Muestreo: No probabilístico	
--	--	--