



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL  
SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ EN PACIENTES ATENDIDOS  
EN EL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO**

**2012 – 2018**

**PRESENTADA POR  
CHUNGA VALLEJOS, IRWING ENRIQUE  
SERRANO CAJO, LUIS ANGEL**

**ASESOR  
DR. DÍAZ VÉLEZ, CRISTIAN**

**TESIS  
PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**CHICLAYO – PERÚ  
2020**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada**

**CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL SÍNDROME DE  
GUILLAIN BARRÉ EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL  
ALMANZOR AGUINAGA ASENJO 2012 – 2018**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR  
CHUNGA VALLEJOS, IRWING ENRIQUE  
SERRANO CAJO, LUIS ANGEL**

**ASESOR  
DR. DÍAZ VÉLEZ, CRISTIAN**

**CHICLAYO, PERÚ  
2020**

## **JURADO**

**Presidente:** Victor Alberto Soto Caceres, especialista en Epidemiología.

**Miembro:** Enrique Fidel Altamirano Mego, especialista en Neurología.

**Miembro:** José Alex Cabrejo Bravo, especialista en Neurología.

## DEDICATORIA

A mis padres, por su amor incondicional.

A mis abuelos, por sus enseñanzas y sabiduría.

A mis hermanas, Yadira, Kyara, Mayrin, por enseñarme a valorarlas.

A mi madrina Gladys, por su coraje y su temple.

A mi padrino Cesar, que desde el cielo me guía  
para andar siempre por el camino correcto.

A ti, Brigith, por tu amor sincero y hacerme sentir feliz.

Irwing Enrique

A mis padres por darme la vida y su inconmensurable apoyo,  
a Rocio, Nelson y Victor, por siempre estar presentes.

Luis Angel

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Dr. José Alex Cabrejo Bravo por sus recomendaciones y asesoría cuando este trabajo aún era un proyecto de tesis.

Al Dr. Cristian Díaz Vélez, por la paciencia, su tiempo y dedicación en este estudio.

Gracias maestros.

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	I
<b>Jurado</b>	II
<b>Dedicatoria</b>	III
<b>Agradecimientos</b>	IV
<b>Índice</b>	V
<b>Resumen</b>	VI
<b>Abstract</b>	VII
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>II. MATERIALES Y MÉTODOS</b>	4
<b>III. RESULTADOS</b>	7
<b>IV. DISCUSION</b>	12
<b>V. CONCLUSIONES</b>	15
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	16
<b>VII. FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	17
<b>ANEXOS</b>	

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir las características clínicas epidemiológicas del Síndrome de Guillain Barré en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo 2012 – 2018. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo. Se revisaron 103 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo 2012 – 2018. Se usó como instrumento una ficha de recolección de datos para cada paciente, utilizándose como base el formato Ficha de investigación Clínico Epidemiológica de Vigilancia del Síndrome Guillain Barré del Seguro Social EsSalud. **Resultados:** La mayoría fueron de sexo masculino (63,5%), el grupo etario entre 40 a 60 años predominó (45,6%). La mayoría de los casos estudiados procedían de Lambayeque (43,7%) y Cajamarca (40,8%). El síntoma motor característico del Síndrome de Guillain-Barré es la debilidad muscular (80,8%). La variante clínica no se llegó a determinar en un 60 %. La mayoría de pacientes presentó una mejoría o fue curado (81%). **Conclusiones:** Las características clínico epidemiológicas del síndrome de Guillain Barré, presentan en mayor frecuencia al sexo masculino y el síntoma motor predominante: la debilidad muscular, además se verificó un notable aumento de la incidencia de casos por año, a partir del año 2016.

**Palabras Clave:** Síndrome de Guillain-Barré; Electrofisiología; Historias Clínicas; Vigilancia Epidemiológica; debilidad muscular (fuente: DeCS BIREME).

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the epidemiological and clinical characteristics of Guillain Barré Syndrome in patients treated at the Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo 2012 - 2018. **Materials and methods:** Descriptive, retrospective study. We reviewed 103 medical records of patients diagnosed with Guillain-Barré Syndrome at the Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo 2012 - 2018. A data collection form for each patient was used as an instrument, using as a base the Epidemiological Clinical Investigation Surveillance form the Guillain Barré Syndrome of Social Security EsSalud. **Results:** The majority were male (63.5%), the age group between 40 and 60 years predominated (45.6%). The majority of the cases studied came from Lambayeque (43.7%) and Cajamarca (40.8%). The characteristic motor symptom of Guillain-Barré Syndrome is muscle weakness (80.8%). The clinical variant was not determined in 60%. The majority of patients presented improvement or was cured (81%) **Conclusions:** The clinical epidemiological characteristics of Guillain Barré syndrome, present in a higher frequency the male sex and the predominant motor symptom: muscular weakness, in addition there was a notable increase in the incidence of cases per year, from 2016.

**Key words:** Guillain-Barre Syndrome; Electrophysiology; Medical Records; Epidemiological Monitoring; Muscle Weakness (source: MeSH NLM)

## I. INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Guillain-Barré (SGB) es la causa más frecuente de parálisis flácida aguda no traumática en el mundo (1). Consiste en una polirradiculoneuropatía inflamatoria adquirida, usualmente post-infecciosa que se caracteriza por una parálisis aguda arreflexica, generalmente simétrica de carácter ascendente con compromiso sensitivo, motor o mixto (2). Desde el punto de vista anatomopatológico se caracteriza por la presencia de desmielinización segmentaria junto a infiltrados inflamatorios mononucleares en el endoneuro y en las vainas de mielina (3). Para definir los casos de SGB se utilizan los criterios de Brighton, que se basan en la clínica y pruebas complementarias como los estudios neurofisiológicos y punción lumbar (ver anexo 1) (4). El análisis del Líquido Cefalorraquídeo (LCR) comúnmente muestra una proteína elevada, pero esta elevación puede no estar presente hasta la tercera semana de la enfermedad (5). Se han asociado varios agentes infecciosos con el SGB, entre ellos el *Campylobacter jejuni*, asociado con un 30% de casos y Citomegalovirus (CMV) asociado hasta con el 10% de casos (6). La incidencia del SGB, se ha estimado entre 0,81 y 1,89 por 100.000 en población adulta y de 0,34 a 1,34/100.000 habitantes en niños (7). Desde la descripción realizada por Guillain, Barré y Strohl, se han descrito al menos 6 variedades de SGB: la polineuropatía desmielinizante aguda (AIDP), la Neuropatía motora axonal aguda (AMAN), la polineuropatía axonal sensitivo motora aguda (AMSAN), la polineuropatía axonal sensitiva aguda (ASAN), el síndrome de Miller-Fisher (MF) y la pandisautonomía aguda (8). La debilidad, es el síntoma inicial más frecuente tanto en la AIDP como en la AMSAN, puede ser leve (dificultad para caminar), o grave (tetraplejía total e insuficiencia respiratoria) (9). El síndrome de MF Se caracteriza por la clásica triada de oftalmoplejía, ataxia y arreflexia sin debilidad muscular (10). En Europa y América del Norte, la AIDP es la forma de SGB más frecuente (90% de los casos), las formas axonales representan únicamente entre el 3 y el 5% de los casos en estos países, pero son mucho más frecuentes (30 - 50% de los casos de SGB) en Asia y en América Latina (11). En el 2018, en La Libertad, según el reporte de vigilancia de SGB por regiones Perú hasta la semana epidemiológica (SE) 28 (al 12 de julio): el promedio y la mediana de edad de los casos notificados fue de 41 años, el rango entre 2 y 76 años, el 51% (22/43) tienen entre 41 y 76 años, el 65% (28/43) fueron varones,

incluyen 4 pacientes procedentes de distritos de otras 3 regiones (12). En nuestra localidad, que desde la SE 16 hasta la 26 se detectó un total de 9 casos nuevos, de los cuales específicamente seis de ellos fueron diagnosticados en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA) (12). En 1999, la oficina de servicio de epidemiología y programas de salud del HNAAA de la ciudad de Chiclayo-Perú, informo acerca de un brote de 14 casos registrados y diagnosticados en dicho nosocomio, de los cuales 9 fueron hombres, de los cuales 5 de ellos fueron del departamento de Lambayeque (13).

En un estudio de Carrillo-Torres J et al, 53 pacientes con diagnóstico de SGB en un hospital de México, entre los años 2007 y 2011, se obtuvo: la frecuencia de presentación fue de 10,6 casos por año, 77,4% de estos entre los meses de julio a diciembre, con predominio de la forma ascendente y variedades axonales (14). Concluyendo, el SGB es una enfermedad frecuente en nuestro medio, con una presentación particular y distinta a la descrita en la bibliografía internacional que sigue un patrón estacional, con predominio de las formas axonales y mortalidad mayor a lo reportado (14).

Según Apaza Elvert en el 2014 encontró, en pacientes con SGB hospitalizados en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN) en Lima-Perú, de 32 pacientes evaluados la mayoría fueron varones (59,4%), y en edad media de la vida, la mayoría correspondió a AIDP (75%), AMAN (18,8%), MF (6,3%), con antecedente de infección previa, (16,7%-33,3%), concluyendo que el subtipo AIDP es la más frecuente cuyo compromiso motor está en relación con los hallazgos electrofisiológicos que evidencian desmielinización, el AMAN es el segundo subtipo que evidencia mayor daño axonal en el estudio electrofisiológico y mayor compromiso clínico (15).

Según Ballón-Manrique B. y Cols, 16 pacientes con SGB atendidos en el Hospital Regional Lambayeque en el 2017; la enfermedad se presentó mayormente en adultos de 20 a 60 años (44%), la mayor proporción de casos se dio durante las estaciones de invierno y primavera, el subtipo axonal fue el más común (62,5%), concluyendo que existen diferencias en las características clínicas y paraclínicas de los pacientes (16).

El tratamiento con inmunoglobulina intravenosa o plasmaféresis es el enfoque de manejo óptimo, junto con la atención de apoyo (17).

Es por ello que el presente trabajo da a conocer las características clínico epidemiológicas de pacientes diagnosticados con SGB del HNAAA de Chiclayo-Perú en el periodo 2012-2018, para tener una información actualizada para profesionales de la salud, autoridades sanitarias, otros trabajos afines de investigación y población interesada en general.

## II. MATERIALES Y MÉTODOS

**2.1 Tipo y diseño de la Investigación.** Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, retrospectivo entre el periodo enero 2012 a diciembre del 2018, en el HNAAA de la ciudad de Chiclayo en Perú, a fin de describir las características clínico epidemiológico del SGB en nuestra realidad local.

### 2.2 Diseño muestral

**2.2.1 Población:** todos los pacientes atendidos diagnosticados con SGB.

**2.2.2 Muestra:** el tamaño de la muestra se calculó a partir del total de 146 pacientes con diagnóstico de SGB entre el periodo mencionado, resultó ser aproximadamente 108 historias clínicas de pacientes con dicho diagnóstico. De las cuales 4 historias clínicas no fueron halladas y 1 no pertenecía a SGB. Se trabajó con una confiabilidad del 95%, probabilidad de éxito al 50% y un error del 5%, para el cálculo se usó el programa Microsoft Excel.

### 2.2.3 Criterios de Selección

**2.2.3.1 Criterios de inclusión:** historias clínicas de pacientes atendidos en el HNAAA diagnosticados con CIE10: G61.0.

**2.2.3.2 Criterios de exclusión:** historias clínicas con datos incompletos.

### 2.3 Técnicas de recolección de datos

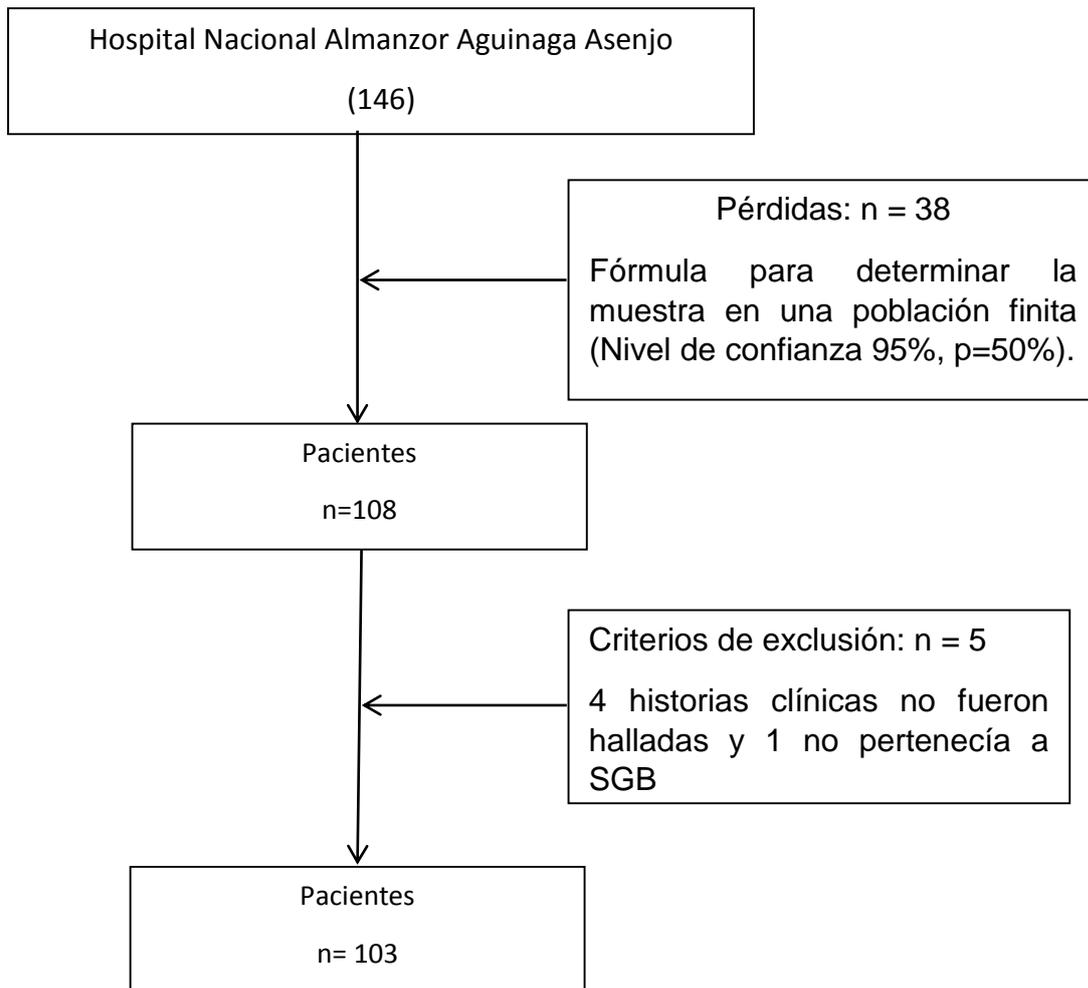
**2.3.1 Descripción de los instrumentos.** Para la recolección de datos, se tomó como base el formato Ficha de investigación Clínico Epidemiológica de Vigilancia del SGB del Seguro Social EsSalud, el cual consistió en dos secciones, la primera sección son los datos epidemiológicos: número de historia clínica, fecha de ingreso, fecha de alta, sexo, edad, lugar de procedencia, servicio de ingreso, antecedente de enfermedad cuatro semanas previas y crónicas, medicamentos que toma a diario, antecedente de vacunación, viajes en los últimos 30 días y agente etiológico probable. La segunda sección consistía en: datos clínicos: signos, síntomas,

variante clínica, fecha de inicio de la debilidad muscular, evaluación de la fuerza muscular, evaluación de los reflejos osteotendinosos, evaluación de pares craneales, exámenes de laboratorio, electromiografía, evolución de la enfermedad y tratamiento específico.

**2.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información.** La información que se obtuvo de la ficha de recolección de datos, fue procesada en Microsoft Excel para generar una base de datos, finalmente esta información se presentó en tablas estadísticas de frecuencias absolutas, frecuencias relativas y porcentajes de acuerdo a cada característica de nuestras variables en estudio.

**2.5 Aspectos éticos.** Se mantuvo la confidencialidad de los datos personales de los pacientes a quienes se revisaron sus historias clínicas, reemplazando los nombres y apellidos por un código, el cual consistió en el número de historia clínica correspondiente a cada paciente, previo permiso de la Universidad de San Martín de Porres y el comité de ética en investigación del HNAAA.

## Selección de muestra



### III. RESULTADOS

**Tabla 1.** Características epidemiológicas de los pacientes con SGB en el HNAAA 2012 – 2018 en total y según sexo

Variable	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Edad</b>						
< 20 años	7	10,6	4	10,8	11	10,7
20 a 39 años	13	19,7	5	13,5	18	17,5
40 a 60 años	29	43,9	18	48,6	47	45,6
> 60 años	17	25,8	10	27	27	26,2
<b>Lugar de procedencia</b>						
Lambayeque	25	37,9	20	54,1	45	43,7
Cajamarca	31	47,0	11	29,7	42	40,8
Amazonas	4	6,1	3	8,1	7	6,8
San Martín	4	6,1	1	2,7	5	4,9
Otro	2	3,0	2	5,4	4	3,9
<b>Antecedentes de vacunación</b>						
	5	7,6	2	5,4	7	6,8
<b>Infecciones previas*</b>						
Vías respiratorias	12	18,2	5	13,5	17	16,5
Gastrointestinales	6	9,1	2	5,4	8	7,8
No Específica	48	72,7	30	81,1	78	75,7
<b>Localidad 2</b>						
Urbano	56	84,8	28	75,7	84	81,6
Rural	10	15,2	9	24,3	19	18,4

SGB: Síndrome de Guillain Barre; HNAAA: Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

\* Antecedente de enfermedad de 4 semanas previas

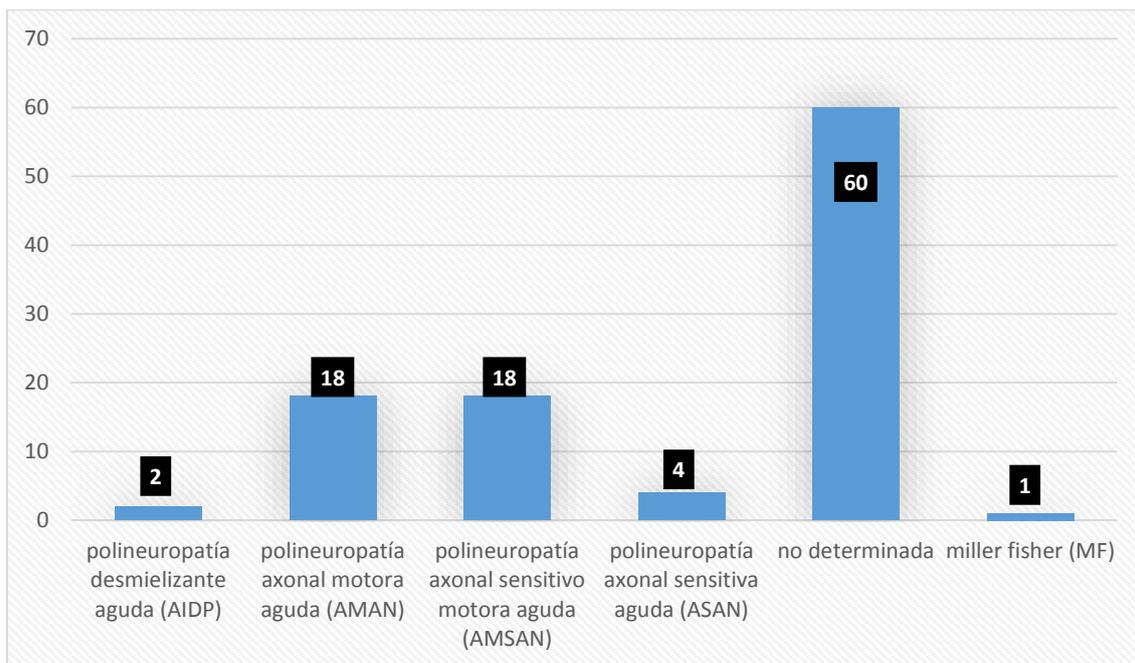
De 103 historias clínicas revisadas de pacientes diagnosticados con síndrome de Guillain Barré, el 63,5% fueron del sexo masculino, de los cuales en mayor frecuencia fueron adultos entre 40 y 60 años (43,9%). La gran mayoría de casos procedentes de los departamentos de Lambayeque y Cajamarca (21 casos procedentes de la provincia de Cajamarca y 7 casos de Jaén), con un 43,7% y 40,8% del total respectivamente. En mayor frecuencia se encontró como antecedente de infección de vías respiratorias en las 4 semanas previas al SGB (16,5%). El grupo de hombres registro 5 casos con antecedente de vacunación para la Influenza cuarenta días previos al cuadro clínico (**Tabla 1**).

**Tabla 2.** Características clínicas de los pacientes con SGB en el HNAAA 2012 – 2018

<b>Signos y síntomas motores y sensitivos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Debilidad muscular	84	81,6
Simetría	57	55,3
Parálisis Ascendente	57	55,3
Parálisis Descendente	13	12,6
Arreflexia	27	26,2
Ataxia	15	14,6
Dolor	30	29,1
Parestesias	18	17,5
<b>Tratamiento Aplicado</b>		
<b>Inmunoglobulinas</b>	39	37,7
<b>Plasmaféresis</b>	7	6,8

SGB: Síndrome de Guillain Barre; HNAAA: Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

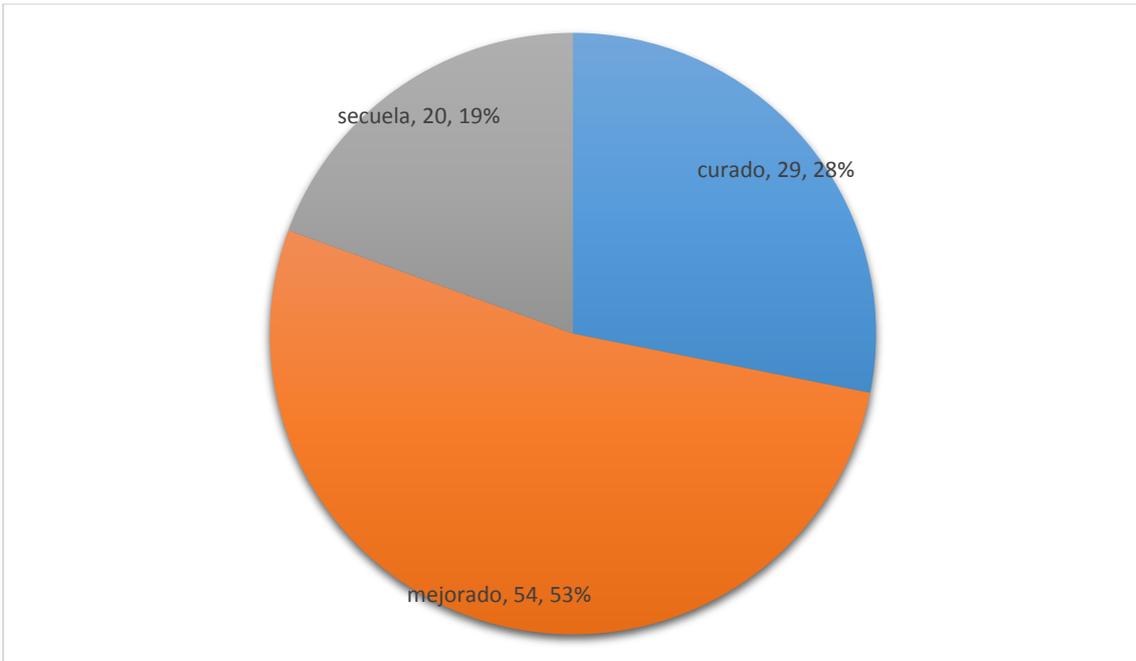
De las características clínicas la debilidad muscular (81,6%) fue el síntoma predominante y el primer síntoma en aparecer, además se presenta una parálisis ascendente (55,3%), y siendo la ataxia la característica motora de menor frecuencia con un 14,6% del total. La sintomatología sensitiva acompañante más frecuente fue el dolor (29,1%). El tratamiento específico más frecuente que se utilizó fue la Inmunoglobulina (37,7%) (**Tabla 2**).



SGB: Síndrome de Guillain Barre; HNAAA: Hospital Nacional Alanzor Aguinaga Asenjo.

**Grafico 1.** Variantes clínicas del SGB en pacientes del HNAAA 2012 – 2018

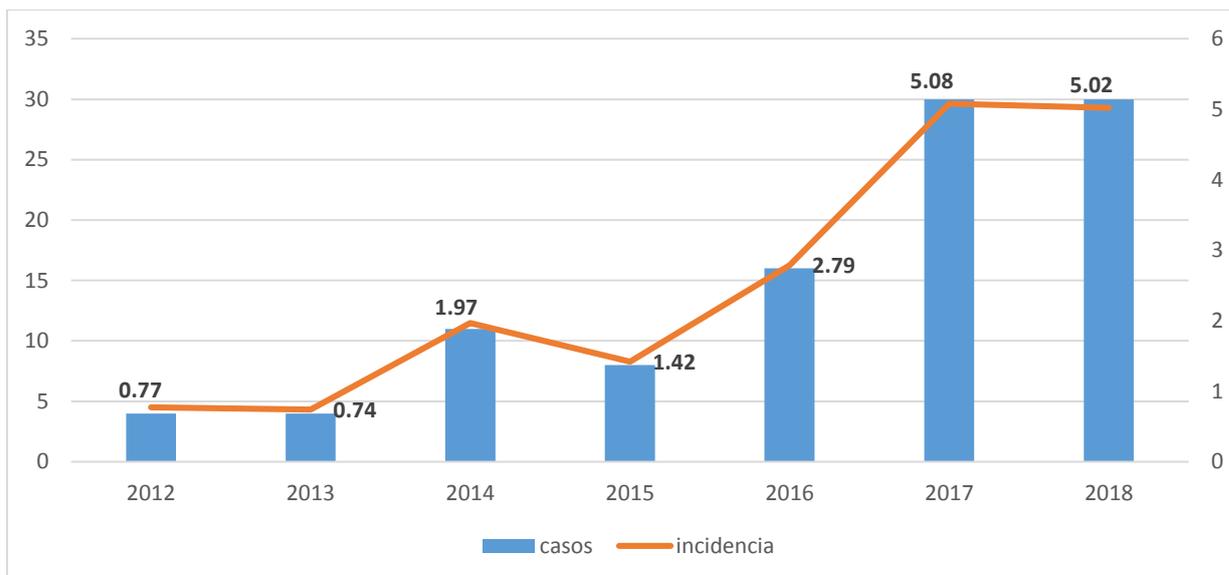
De 103 historias clínicas analizadas de pacientes diagnosticados con síndrome de Guillain Barré, las variantes clínicas: polineuropatía axonal motora aguda y polineuropatía axonal sensitivo motora aguda fueron las más frecuentes (ambas con 18%), pero en la mayoría de los casos no se llegó a determinar el sub tipo clínico de la patología (**Grafico 1**).



SGB: Síndrome de Guillain Barre; HNAAA: Hospital Nacional Alanzor Aguinaga Asenjo.

**Grafico 2.** Evolución de la enfermedad de los pacientes con SGB del HNAAA 2012 – 2018

En cuanto a la evolución de la enfermedad, la mayoría de pacientes presento una mejoría (53%) o fue curado (28%) frente a los que dejaron alguna secuela (**Grafico 2**).



SGB: Síndrome de Guillain Barre; HNAAA: Hospital Nacional Almirante Aguirre Asenjo.

**Gráfico 3.** Número de casos e incidencia por año de los pacientes con SGB del HNAAA 2012 – 2018

Se encontró un notable aumento de la incidencia de casos por cada 100,000 habitantes en los años 2016 a 2018. Además se encontró que la tasa de incidencia acumulada del año 2012 al 2016 fue de 7,7 casos por cada 100,000 habitantes y esta cifra fue superada en tan solo dos años (2017 y 2018), donde se estimó que la tasa de incidencia acumulada fue de 10 casos cada 100,000 habitantes (**Gráfico 3**).

#### IV. DISCUSIÓN

En un estudio japonés realizado por Kinboshi M et ál. (18), el 29% de los pacientes presento dolor, habiendo una similitud con los resultados de nuestro estudio donde el 29,1% presentó dicho síntoma sensitivo. Esto podría deberse a la destrucción de fibras nerviosas sensitivas en las variantes axonales.

Encontramos en nuestro estudio que el 81,6% de los pacientes presentaron síntomas motores como debilidad muscular, siendo el síntoma motor más frecuente, mientras Ballon-Manrique en su estudio encontró que el 93,75% de pacientes presentaron déficit motor (16), siendo el síntoma más frecuente la cuadriparesia flácida arreflexica, esto debido a la diferencia en el número de casos estudiados.

Según un estudio realizado en Paraguay por Riveros (19), halló que la variante clínica más frecuente del SGB fue la AIDP (51,36%). Esto difiere con nuestro estudio, donde se halló, que en nuestro medio las variantes clínicas más frecuentes fueron las de tipo axonal (AMAN y AMSAN, ambos con 18%). Además no fue determinada la variante clínica en la mayoría de los casos (60%), esto debido a la frecuente negativa al consentimiento de la punción lumbar, la no realización de una electromiografía ya que, hasta el año 2018 el hospital no contaba con el equipo necesario. Adicionalmente podría deberse a la falta de anotaciones en detalle del examen neurológico, en cuanto a evaluación de reflejos, fuerza muscular, pares craneales y evolución del paciente, denotando historias clínicas de mala calidad técnica (20).

En nuestro estudio se identificó cinco variantes del SGB (AIDP, AMAN, AMSAN, ASAN y MF), de igual modo en un estudio chileno realizado por Cea et. ál. (8), identificó las cinco variantes antes mencionadas. Ballon-Manrique et. ál. (16), discrepa con nuestro estudio al no hallar la variante ASAN.

En cuanto a la evolución de la enfermedad la mayoría de pacientes al alta presentó mejoría o fue curado frente a los que dejaron alguna secuela, no hubo fallecidos. Esto es similar a lo descrito por Munayco et ál., que el 96,5% de los pacientes fueron

datos de alta presentando una mejoría pero no especificando su condición, y el 3,5% fallecieron (21).

Munayco et. ál., detectaron un aumento de incidencia de 0,95 casos/100000 habitantes del SGB a partir del año 2015 (21), concordando con los resultados de nuestro trabajo 1,42 caso/100000 habitantes, no hallándose estudio actuales que asocien este aumento de la incidencia con una causa etiológica específica.

En nuestro trabajo se observó, que los casos de SGB un tercio fueron del sexo masculino, y que el grupo etario de 40 a 60 años fueron casi las mitad de los casos, a diferencia de la información proporcionada en el libro Medicina Interna de Farreras (3), que indica que el SGB afecta por igual a los dos sexos e incide en todas las edades, con un pico máximo en la sexta década de la vida.

En nuestro trabajo, de los posibles agentes patógenos relacionados con el SGB, no se evidenció un agente patógeno específico con mayor frecuencia, esto quizás debido a la falta de la realización de pruebas de ayuda al diagnóstico para comprobar con certeza el agente etiológico, en comparación con el estudio de Rodríguez-Morales et. ál. (22), que descubrió al Enterovirus D68 como la causa principal del brote repentino en el año 2018 a nivel nacional, y además en el HNAAA, de 16 pacientes muestreados con SGB, diez han sido IgG positivos para Chikungunya.

Nuestro estudio estimó que el tratamiento de elección fue el de Inmunoglobulinas (37,7%), siendo esto un dato concordante con la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de personas con Síndrome de Guillain Barré (23), la cual indica que en pacientes con sospecha de SGB, se recomienda iniciar el tratamiento inmunoglobulina intravenosa, según disponibilidad y ausencia de contraindicaciones.

Dado que nuestra fuente de información es un registro de historias clínicas, el estudio cuenta con limitaciones como: la falta de información en el examen físico, que seguramente este fue exhaustivo y detallado, pero no fueron registrados algunos signos relevantes para nuestro estudio por no estar presentes en el

paciente, como clínica neurovegetativa, debido a no encontrar casos de Pandisautonomía aguda; además no se les realizó una electromiografía en la mayoría de los pacientes para determinar el tipo de variante del SGB. Sin embargo, el presente estudio ha abarcado casi siete años de información, constituyendo el mayor número de historias clínicas revisadas de pacientes con SGB en un hospital del seguro social de la región Lambayeque, en Perú, de donde se puede obtener características generales de la población, así como información epidemiológica y clínica relevante para futuras investigaciones. Se obtuvo acceso a la base de datos de RENIEC para cotejar y complementar los datos faltantes en las historias clínicas como: dirección, fallecidos, entre otros.

## **V. CONCLUSIONES**

Las características clínicas epidemiológicas del SGB, fueron afectados en mayor frecuencia el sexo masculino, y el síntoma motor predominante fue la debilidad muscular. También se determinó que dentro de las variantes clínicas, en más de la mitad de los pacientes diagnosticados con SGB, no se conoció el tipo de variante, y se verificó un notable aumento de la incidencia de casos por año, a partir del año 2016.

## **VI. RECOMENDACIONES**

Realizar estudios prospectivos que permitan evidenciar causalidad entre: la determinación de la variante clínica en todos los casos y el lugar de procedencia con el inicio de la enfermedad.

Se pretende, motivar a compañeros y colegas a seguir investigando sobre la importancia de conocer cómo influye el Síndrome de Guillain-Barré en los pacientes de acuerdo a su grupo étnico, en cada cultura de nuestro país, contribuyendo con su detección a disminuir los daños para el paciente así como los gastos que genera para la salud pública.

Se sugiere a los profesionales de la salud ser más asertivos, con un lenguaje entendible para el paciente y familiares, explicándoles detalladamente y erradicando definitivamente las creencias o mitos que exista sobre algún método diagnóstico o terapéutico, esto a fin de evitar negativas en los consentimientos informados.

Hacer hincapié en la importancia de la realización de una historia clínica detallada, y su redacción con letra legible por parte del personal médico.

Esta problemática abordada en el Síndrome de Guillain-Barré considera que con los resultados obtenidos se dé un enfoque integral y que considere las implicaciones de los hallazgos tanto para la práctica profesional o procesos de trabajo de investigación, como para la toma de decisiones.

## VII. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Rebolledo-García D, González-Vargas PO, Salgado-Calderón I. Síndrome de Guillain-Barré: viejos y nuevos conceptos. *Revista Medicina Interna México*. 2018; 34(1):72-81
2. González Manrique, G., Giraldo Bahamon, G., González Motta, A., & Ramirez Ramos, C. Síndrome Guillain-Barré: Un mirada actual. *Revista Facultad De Salud*. 2016; 8(2): 38 - 45
3. Rozman C. Farreras-Rozman: *Medicina Interna*. 17ava ed. Madrid: EISEVIER; 2012.
4. Alida M, Navas C, Ramos-Ziul K, Lanza P, Allong J, Granados A. Síndrome de Guillain-Barré e Infección por Virus Zika en Ciudad Bolívar, Venezuela (2015-2016). *Revista Medicina Interna Caracas*. 2017;33(3):156-161
5. Donofrio PD. Síndrome de Guillain-Barré. *Revista Continuun*. 2017;23(5):1295-1309.
6. Cabrera-Ortiz A, Álvarez-Aguilar P, Porrás-Vargas J. Caracterización clínica del síndrome de Guillain-Barré en el Hospital México, Costa Rica. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*. 2019; 5(2):55-62
7. Alvarado J, Vergara L. Estudio electrodiagnóstico en síndrome de Guillain Barré en adultos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 2016;54(2)
8. 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 Chile*. 2015; 143: 183-189.
9. Goldman L., Shafer A. *Tratado de medicina interna*. 2vols. 25ª ed. España: ELSEVIER; 2017.
10. Rojas M. Aspectos clínicos y terapéuticos del Síndrome de Guillain Barré. *Revista médica de Trujillo* 2018;13(2):95-9
11. Burns TM. Síndrome de Guillain-Barré. *Revista Médica Thieme*. Alemania. 2009;28(2):152-167
12. Ministerio de Salud. Síndrome de Guillain Barré – Perú al 12 de julio. Lima: Ministerio de Salud: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; 2018. Semana epidemiológica 28 (al 12 de julio). Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/sg/SSD120718.pdf>.

13. Soto V. Síndrome de Guillain-Barré en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Lambayeque: Oficina de Inteligencia Sanitaria; 1999.
14. Carrillo-Torres J., Peña-Ríos D. Síndrome de Guillain-Barré en el Hospital General del Estado de Sonora: revisión de casos entre los años 2007 a 2011. *Revista Medicina Interna México*. 2013; 29: 458-468.
15. Apaza E. Características clínicas y electrofisiológicas del Síndrome de Guillain Barré en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2008-2012 [tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2014. [citado 27 de enero del 2020] Disponible en: [http://ateneo.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3157/Apaza\\_Nina\\_Littman\\_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://ateneo.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3157/Apaza_Nina_Littman_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
16. Ballón-Manrique B., Campos-Ramos N. Características clínicas y paraclínicas del Síndrome de Guillain-Barré en el Hospital Regional Lambayeque. *Revista Neuropsiquiatría*. 2017; 80(1): 22-26.
17. Willison HJ, Jacobs BC, Van Doorn PA. Síndrome de Guillain-Barré. *Revista The Lancet*. 2016;338:717-727
18. Kinboshi M, Inoue M, Kojima Y et al. Pain in the acute phase of Guillain-Barré syndrome. *Neurology and Clinical Neuroscience*; 2014;2(2): 50-53
19. Riveros L. Características Clínicas Y Epidemiológicas Del Síndrome De Guillain-Barré En El Hospital Central Del Instituto De Previsión Social, 2016-2017 [tesis]. Coronel Oviedo, Paraguay: Universidad Nacional De Caaguazú, Facultad De Ciencias Médicas; 2018. [citado 27 de enero del 2020] Disponible en: <https://repositorio.fcmunca.edu.py/xmlui/bitstream/handle/123456789/25/LAUDE%20RIVEROS?sequence=1&isAllowed=y>
20. Puestas-Sánchez PR, Díaz-Nolazco MA, Díaz-Vélez C. Calidad técnica de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en un hospital EsSalud de Chiclayo 2008 – 2010. *Revista Cuerpo Médico HNAAA*. 2012;5(2).
21. Munayco CV, Soto MG, Reyes MF, Arica JA, Napanga O. Epidemiología del síndrome de Guillain-Barré en el Perú. *Revista Peruana Médica Experimental y Salud Pública*. 2019;36(1):10-16.
22. Rodríguez-Morales AJ, Failoc-Rojas VE, Díaz-Vélez C. Gastrointestinal, respiratory and/or arboviral infections? What is the cause of the Guillain-Barré syndrome epidemics in Perú? Current status – 2019. *Travel Medicine and Infectious Disease*. 2019;2:114-116.

23. IETSI. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de personas con Síndrome de Guillain Barré. GPC N°23, Versión corta. Perú, junio 2019

## ANEXOS

### Anexo 1. Criterios de Brighton para la definición de caso de síndrome de Guillain-Barré

Nivel 1 de certeza diagnóstica	Nivel 2 de certeza diagnóstica	Nivel 3 de certeza diagnóstica
Debilidad bilateral y flácida de los miembros.	Debilidad bilateral y flácida de los miembros.	Debilidad bilateral y flácida de los miembros.
Reflejos tendinosos profundos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad.	Reflejos tendinosos profundos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad.	Reflejos tendinosos profundos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad.
Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 h. a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y meseta clínica posterior.	Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 h. a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y meseta clínica posterior.	Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 h. a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y meseta clínica posterior.
Ausencia de diagnóstico alternativo para la debilidad.	Ausencia de diagnóstico alternativo para la debilidad.	Ausencia de diagnóstico alternativo para la debilidad.
Disociación citoalbumínica (es decir, elevación de las proteínas del LCR por encima del valor normal del laboratorio y cifra total de leucocitos en el LCR < 50 células/μl.	Cifra total de leucocitos en el LCR < 50 células/μl (con o sin elevación de las proteínas del LCR por encima del valor normal del laboratorio) O BIEN, estudios electrofisiológicos compatibles con SGB en caso de que no se hayan obtenido muestras de LCR o no se disponga de los resultados.	
Datos electrofisiológicos compatibles con SGB.		

