

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
AREA DE TESIS**

# **INFORME FINAL**

**GLADYS LISETH CONTRERAS ALVAREZ  
No. Carnet: 9013918  
Fecha: 16 de marzo de 2000**

## **TITULO**

Características clínicas, complicaciones y  
Tratamiento del síndrome de Guillain-Barré en  
Población pediátrica.

## **SUBTITULO**

Estudio descriptivo retrospectivo en niños de 0-60  
meses de edad en el departamento de Pediatría del  
Hospital de Enfermedad Común del I.G.S.S.  
durante el período Enero de 1,994 a Junio de 1,999.

## INDICE

I.	INTRODUCCION	3
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA	5
III.	JUSTIFICACION	7
IV.	OBJETIVOS	9
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	10
VI.	METODOLOGIA	25
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS	35
VIII.	ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	50
IX.	CONCLUSIONES	53
X.	RECOMENDACIONES	54
XI.	RESUMEN	55
XII.	BIBLIOGRAFIA	56
XIII.	ANEXOS	59

## I. INTRODUCCION

El síndrome de Guillain-Barré es un problema de salud pública mundial, que presenta mayor impacto en países subdesarrollados. Este síndrome afecta a personas de todas las edades, estudios epidemiológicos indican que alcanza su máxima frecuencia en adultos jóvenes y hay otro pico de menor magnitud entre los 50 y 79 años de vida. La incidencia anual es de 1.2 casos por 100,000 habitantes en países desarrollados, teniendo una mortalidad que se encuentra en un 5% (1,2,3,17).

El síndrome de Guillain-Barré es una polineuropatía de etiología desconocida, aunque se asume sea secundaria a procesos post-infecciosos; por lo común la persona sufre de una enfermedad respiratoria o gastrointestinal aguda que dura algunos días y resuelve una a dos semanas después aparece la “parálisis ascendente” (1,3).

Las características clínicas del síndrome incluyen extremidades con dolor y debilidad de distribución simétrica pudiendo ascender la parálisis hacia el hombro, brazos, musculatura torácica y cara (11).

El objetivo del presente estudio es conocer las características clínicas, evolución, complicaciones y tratamiento del síndrome de Guillain-Barré en la población pediátrica (0-60 meses) atendidas en el Hospital de Enfermedad Común del I.G.S.S. durante Enero 1994 a Junio 1999.

En Guatemala durante el período de Enero a Junio de 1999 el Ministerio de Salud Pública reportó 24 casos de parálisis flácida en pacientes pediátricos. No existen específicamente en el parálisis flácida debido a que se ha centrado la atención a la erradicación de enfermedades infecciosas prevenibles, como la poliomielitis, que hasta el momento se encuentra controlada por medio de campañas de

inmunización, por esta razón nuestro estudio pretende determinar dichas características clínicas creando un precedente para estudios posteriores.

## II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La polirradiculoneuropatía infecciosa es una entidad clínica que desde 1,828 descubrió Chomel y posteriormente, con ligeras variantes, Graves, Landry, Guillaín-Barré y Strohl.

Se caracteriza por ser un proceso desmielinizante segmentario de los nervios espinales y de algunos pares craneales que se expresa clínicamente por parálisis flácida, simétrica y con trastornos sensoriales. Se desconoce la causa si bien se le asocia a infecciones vírales y tiende a considerarse resultante de un proceso autoinmunitario cuyo órgano de choque es la vaina mielínica de los nervios. Los trastornos neurológicos suelen ser reversibles en la mayoría de los casos (13).

La polirradiculoneuropatía se presenta a todas las edades con predominio en la primera y la sexta década de la vida; en todas las series registradas hay predominio del sexo masculino (una razón de casi 2;1) (13).

Entre la sintomatología se encuentra: extremidades con dolor y debilidad con distribución simétrica y en algunos casos parálisis, la debilidad puede progresar ascendiendo hacia el hombro, musculatura torácica, brazos y cara.

Puede observarse cuadros febriles asociados a una infección vírica o una inmunización. El síndrome de Guillaín-Barré al no ser diagnosticado a tiempo puede producir diversas complicaciones entre ellas se encuentran: fallo respiratorio, fallo cardíaco, sobreinfección disautonomías, úlceras por decúbito, síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética (3).

La evolución de la enfermedad es variable, mientras algunos pacientes solo sufren síntomas mínimos, otros pueden presentar cuadros suficientemente graves para precisar ingreso con vigilancia intensiva y respiratoria (4,5,12,19).

El tratamiento del síndrome de Guillain-Barré consiste en observación del paciente, medidas de sostén, así como también en algunos casos el tratamiento con inmunoglobulinas endovenosas plasmaféresis y corticosteroides (1,3,7,8).

Desde la disminución de la incidencia de la poliomielitis, la polirradiculoneuropatía es la causa más frecuente de parálisis flácida aguda. Su incidencia anual en países desarrollados es de 1.2 casos por 100,000 personas. A nivel latinoamericano específicamente en México la tasa de esta última varió entre 1.4 y 1.6 por 100,000 menores de 15 años en el periodo comprendido entre 1,991 y 1,993.

En Guatemala en el período de Enero a Junio de 1,999 el Ministerio de Salud Pública reportó 24 casos de parálisis flácida en pacientes pediátricos. No existen específicamente en el país estudios de parálisis flácida, debido a que se ha centrado la atención a la erradicación de enfermedades infecciosas prevenibles, como la poliomielitis, que hasta el momento se encuentra controlada por medio de campañas de inmunización, por esta razón no existen estudios de otras radiculopatías.

Considerando que en la actualidad nuestra población pediátrica que consulta es referida a un segundo y tercer nivel de atención, no se encuentra exenta de padecer dicha enfermedad, por lo que es de sumo interés para el personal de salud en general el conocer las características no solo epidemiológicas y clínicas sino también las complicaciones y tratamiento que requieren estos pacientes.

### **III. JUSTIFICACION**

Guatemala un país no desarrollado en donde los problemas básicos de morbilidad y mortalidad, están relacionadas con las enfermedades infecciosas.

El conocimiento de los factores determinantes son útiles para orientar ciertas políticas en beneficio de la salud y mejor calidad de vida.

La realización del estudio descriptivo-retrospectivo nos ayudara a conocer las características clínicas, evolución, complicaciones y tratamiento del síndrome de Guillain-Barré en población pediátrica del Hospital de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, con el fin de determinar proporción de pacientes afectados por sexo y edad, describiendo tratamiento instituido, evolución del paciente e identificando la complicación mas frecuente en el curso progresivo de la enfermedad.

En la actualidad se tiene únicamente referencia bibliográfica, que el sexo mas afectado es el masculino (relación 2:1). La edad también es un factor importante ya que se reporta que las afectadas son entre la primera y sexta década de vida (3,9,20).

Entre las disautonomías reportadas están: Alteración en la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, sudoraciones, alteración en la micción urinaria. No sabiendo si todas o solo algunas de dichas alteraciones se presentan en nuestra población de estudio (2).

Ante la erradicación de la poliomielitis en Guatemala, la polineuropatía es la causa más frecuente de parálisis flácida aguda, ya que durante las primeras 24 semanas epidemiológicas de 1,999 se reportaron 24 casos de parálisis flácida aguda.

El departamento de pediatría del I.G.S.S. de Enfermedad Común nos aportaría mayor información a la que ya se ha investigado con respecto a las características clínicas de dicho síndrome, para orientar posteriormente medidas en beneficio de la población que mejoren las condiciones de vida.

## **IV. OBJETIVOS**

### **A. GENERAL:**

Conocer las características clínicas, evolución, complicaciones y tratamiento del síndrome de Guilláin-Barré en la población pediátrica (0-60 meses) atendida en el Hospital de Enfermedad Común del I.G.S.S. durante Enero 1,994 a Junio 1,999.

### **B: ESPECIFICOS:**

- 1) Determinar las características clínicas del síndrome de Guilláin-Barré en la población de estudio.
- 2) Determinar la proporción de pacientes más afectados por sexo y edad.
- 3) Identificar las disautonomías más frecuentes en pacientes con síndrome de Guilláin-Barré.
- 4) Describir el tratamiento instituido a los pacientes afectados por la citada enfermedad.
- 5) Comparar la evolución de pacientes tratados con inmunoglobulina humana con los no tratados.
- 6) Identificar las complicaciones más frecuentes en el curso progresivo de la enfermedad.

## V. REVISION BIBLIOGRAFICA

### A- SINDROME DE GUILLAÍN-BARRE

#### 1. Historia

Se atribuye a Octave Landry la primera descripción de lo que terminó por ser conocido como síndrome de Guillain-Barré. En 1,859 señaló un padecimiento que llamó “Parálisis ascendente aguda” y describió un paciente con una enfermedad febril en la primavera, que fue seguido por la aparición de síntomas sensitivos en término de dos meses. Un mes más tarde presento incapacidad progresiva subaguda para la marcha, por debilidad de miembros inferiores, insuficiencia respiratoria y muerte.

En 1,916 Guillain-Barré y Strohl describieron los casos de dos soldados que presentaron parálisis aguda acompañada de pérdida de los reflejos miotáticos; destacaron la presencia de mayor cantidad de proteínas del líquido cefalorraquídeo con un número normal de células (3,18).

En 1,949 Haymaker y Kernoban señalaron por primera vez correlaciones clinopatológicas del síndrome (3,18).

En los progresos adicionales en los criterios clínicos en el síndrome de Guillain-Barré está la observación de C. Miller Fisher de una variante acompañada de oftalmoplejía, ataxia y arreflexia, cuyos datos fueron publicados en 1,967 (3).

## **2. Definición:**

Es una polineuropatía de etiología desconocida, aunque se asume sea secundaria a procesos post-infecciosos que produce una desmielinización de los nervios motores y que a veces involucra nervios sensitivos y al sistema nervioso autónomo. El síndrome afecta a personas de todas las edades, no es hereditario y se asemeja mucho a la polineuritis alérgica experimental de los animales (1).

## **3. Epidemiología:**

El síndrome de Guillain-Barré afecta a personas de todas las edades, estudios epidemiológicos indican que alcanza su máxima frecuencia en adultos jóvenes y hay otro pico de menor magnitud entre los 50 y 79 años de vida. La incidencia anual del síndrome es de 1.2 casos por 100,000 habitantes en países desarrollados, teniendo una mortalidad que se encuentra en un 5% (1,2,3,17).

## **4. Etiología:**

Se desconoce la causa. Se ha postulado un fenómeno de autosensibilidad. Aproximadamente el 40% de las causas se asocia con un prodromo viral, en un 15% por citomegalovirus, 15% por micoplasma, 10% por procesos alérgicos y el 25% restante no tiene agente conocido. El campylobacter yeyuni se identificó como agente etiológico en un gran número de pacientes con posterior Guillain-Barré. La enfermedad se presenta de 1-2 semanas después de un cuadro infeccioso de vías áreas superiores o del tracto gastrointestinal. Los trastornos tóxicos o generales pueden ser causa subyacente (4,12,13,17).

## **5. Anatomía patológica:**

A nivel anatomopatológico se observan:

- a) Acúmulos focales de linfocitos en el endoneuro de los nervios periféricos, aunque existe alguna predilección por los nervios proximales.
- b) Las zonas de desmielinización focal diseminada se asocian especialmente con las áreas de infiltración linfocitaria y acumulo de macrófagos que fagociten los restos mielínicos (7).
- c) Ultraestructuralmente la alteración más precoz es un desdoblamiento de las láminas mielínicas que se desprenden posteriormente de los axones y son fagocitadas por los macrófagos, dejando intactas las células de Schwann(3).  
El signo histopatológico principal de las polineuritis idiopática es un infiltrado perivascular con mononucleares de tipo inflamatorio (2).

## **6. Fisiopatología:**

Ya se ha mencionado que el hallazgo patológico principal es la destrucción de la mielina de los nervios periféricos, por procesos inflamatorios que involucran el sistema humoral y celular (7).

En 50 casos de los que llamamos “Síndrome de Landry-Guillaín-Barré” advirtieron anormalidades inflamatorias predominante en las raíces espinales anteriores. En segmentos más distales de nervios periféricos no aparecieron células inflamatorias hasta fecha tardía de la enfermedad, razón por la cual describieron el trastorno como “Polirradiculopatía” (2).

## **7. Manifestaciones clínicas:**

### **a) Historia Clínica:**

Por lo común la persona sufre de una enfermedad respiratoria o gastrointestinal aguda que dura algunos días y resuelve; una a dos semanas después aparece la “parálisis ascendente” (3).

En forma típica el ataque incluye las extremidades con dolor y debilidad de distribución simétrica. A pesar de que se le ha descrito como parálisis ascendente, por lo común de debilidad tiene la misma intensidad en los músculos proximales que en músculos dístales de las extremidades (3).

Puede ascender la parálisis hacia el hombro, brazos, musculatura torácica y cara. Son frecuente los dolores musculares y radiculares, los niños que ya hablan se pueden quejar de parastesias. También puede haber cuadros febriles y debilidad facial temprana (11).

La disfagia y la debilidad facial son a menudo signos de un fallo respiratorio inminente (1,13,15).

### **b) Examen Físico:**

El niño se muestra irritable. En fases iniciales es muy frecuente el dolor muscular espontáneo y a la palpación, sobre todo en los casos de comienzo brusco. La debilidad llega a su máximo en 7 días en el 50% de los casos, aunque en algunos de ellos puede seguir progresando hasta 3-4 semanas (13,14).

En afección de los pares craneales III-VI, IX, X, XI puede haber diplejía facial en 85% de los casos (1,22).

La evolución suele ser benigna, iniciándose la recuperación espontánea a la 2 o 3 semanas. La mayoría de los pacientes recupera su fuerza muscular, aunque algunos quedan con cierta debilidad residual. Generalmente los reflejos de estiramiento muscular son los últimos en recuperarse (1).

## **8. Diagnóstico:**

### **a) Historia.**

Debilidad motora progresiva: Usualmente la debilidad de más de un miembro es la regla, el grado de ésta va desde una debilidad de las piernas con o sin ataxia moderada a una parálisis de las cuatro extremidades y tronco, parálisis facial, bulbar y oftalmoplejía (S. Miller) (12).

### **b) Examen Físico.**

Se observa arreflexia, aunque una arreflexia distal con hiporreflexia bien definida de la rodilla, estos hallazgos pueden ser suficientes si otros son consistentes. Los síntomas y signos de debilidad motora se desarrollan rápidamente pero cesan a las cuatro semanas de iniciado el proceso, 50% ha cesado a la 2ª semana, 80% a la tercera y 90% a la cuarta semana.

La simetría rara vez es absoluta, sin embargo cuando un miembro es afectado, el contralateral también lo estará.

Involucramiento de pares craneales: La parálisis facial ocurre en aproximadamente el 50% de los casos y frecuentemente es bilateral. Otros pares craneales pueden estar afectados, principalmente los que inervan la lengua y los músculos de la deglución y algunas veces los nervios motores extraoculares. En

ocasiones (menos del 5%), la neuropatía puede iniciarse en los músculos extraoculares o de otros nervios craneales.

**Función de esfínteres:** Usualmente los esfínteres no están afectados, pero se puede observar una parálisis transitoria de la vejiga durante el desarrollo de los síntomas (2).

**Afección del sistema nervioso central:** Usualmente el síndrome de Guillain-Barré se considera como afección del sistema nervioso periférico. La evidencia de una afección del sistema nervioso central es controversial. En ocasiones el paciente puede presentar una ataxia que puede ser interpretada como de origen cerebral, disartrías, respuestas plantares extensoras, éstos no necesariamente excluyen el diagnóstico si otros hallazgos son típicos (2).

**Disfunciones autonómicas:** Taquicardia y otras arritmias, hipotensión postural, hipertensión y síntomas vasomotores, cuando están presentes pueden sustentar el diagnóstico. Siempre debe actuarse con cautela y descartar otras causas para estos síntomas, como lo es el embolismo pulmonar (2).

### **c) Hallazgos del líquido cefalorraquídeo.**

Suele observarse una hiperproteinorraquia después de la primera semana de la enfermedad. Lo usual es encontrar una celularidad (polimorfonucleares) de menos de 10 por milímetro cúbico. La glucosa suele encontrarse normal, la gamaglobulina puede estar elevada (2,12).

Los resultados de los cultivos bacterianos son negativos y los cultivos virales rara vez aíslan virus específicos (1).

#### **d) Hallazgos Electromiográficos.**

El 80% de los pacientes evidencian una disminución en la velocidad de conducción o bloqueo en alguno de los puntos durante la enfermedad. La velocidad de conducción usualmente está por debajo del 60% de lo normal, pero el proceso es segmentario y no todos los nervios están afectados. La latencia distal puede incrementarse hasta tres veces lo normal, el 20% presenta estudios electromiográficos normales. En la actualidad se considera que en el 100% de los casos habrá alteración del electromiograma. Algunos pacientes no manifiestan ninguna alteración sino hasta algunas semanas después de iniciado el proceso. La creatin kinasa sérica (CK) puede estar ligeramente elevada o normal (2,14).

#### **e) Otros estudios.**

La biopsia tanto muscular como del nervio sural son procedimientos que se pueden realizar pero no suelen ser necesarias para el diagnóstico (10).

### **9. Diagnóstico diferencial:**

El diagnóstico diferencial incluye diversos trastornos que causan parálisis aguda o subaguda. Hay que considerar entre ellos, la compresión de médula espinal, mielitis transversa y el infarto de la médula espinal. Las neuropatías periféricas de diversas causas pueden remedar síndrome de Guillain-Barré y entre estas están la polineuropatía, fármacos quimioterápicos e intoxicación por metales pesados como arsénico y talio; las enfermedades inflamatorias autoinmunitarias, como lupus sistémico y poliarteritis nudosa, la meningoradiculitis, como se observa en la enfermedad de Lyme, la infección por VIH, la meningitis carcinomatosa y sarcoidosis; la neuropatía periférica aguda paraneoplástica; la porfiria intermitente

aguda y difteria. Hay que considerar también la parálisis periódica hipopotasémica, miastenia grave, botulismo y poliomielitis (3).

***Hallazgos que hacen dudoso el diagnóstico:***

- a) Marcada y persistente asimetría de la debilidad.
- b) Disfunción vesical o intestinal persistente.
- c) Disfunción vesical o intestinal desde el inicio.
- d) Líquido cefalorraquídeo con polimorfonucleares arriba de 50 por mm<sup>3</sup>.
- e) Marcada disminución del nivel sensorial (2).

***Hallazgos que descartan el diagnóstico.***

- ❖ Historia reciente de abuso de hexacarbono (solventes, volátiles, n-hexano y metil n-butyl ketonas, éstos incluyen “spray”, pinturas volátiles y los adictos a oler pegamento.
- ❖ Metabolismo anormal de las porfirinas que indiquen una porfiria aguda intermitente. Quienes la manifiesten presentaran una excreción urinaria aumentada de porfobilinógeno y ácido grama aminolevulíco.
- ❖ Hallazgos que orienten hacia una neuropatía tóxica (debilidad de miembros inferiores con asimetría) (8).

***10. Tratamiento:***

Se debe hospitalizar a los pacientes en fase inicial de esta enfermedad aguda para su observación, pues la parálisis ascendente puede afectar rápidamente a los músculos respiratorios en las siguientes 24 horas. Cuando el cuadro progresa lentamente se puede

simplemente supervisar la estabilización del proceso y su remisión espontánea sin tratamiento (1).

Existen múltiples opciones de tratamiento, aunque la mayoría sigue siendo controversial.

**a. Medidas de soporte:**

Estas medidas están destinadas a preservar el estado metabólico del paciente de manera adecuada, y preservar las funciones vitales por lo que se debe suministrar.

**i. Ventilación mecánica:**

Soporte ventilatorio artificial cuando se inicia el cuadro de insuficiencia respiratoria. Entre las indicaciones para intubación está la disminución de la capacidad vital forzada (FVC) a menos de 12ml/kg o en un adulto de talla normal cuando dicho parámetro disminuye a menos de 1 litro (3). Los individuos con disnea subjetiva que al parecer tienen gran dificultad para respirar, deben ser intubados si la FVC está por arriba de los niveles mencionados. En términos generales es mejor practicar la intubación temprana y no la tardía (3).

**ii. Monitorización cardíaca:**

Mantener monitorización de la frecuencia cardíaca, volúmenes respiratorios así como gases arteriales control (3,7).

**iii. Apoyo Psiquiátrico:**

Se le da este apoyo a pacientes en casos severos (7).

## **b. Medicamentos:**

Existen especulaciones sobre que el síndrome de Guillain-Barré es predominantemente un fenómeno inmunológico, de donde derivan varios regímenes inmunosupresores entre ellos están: el uso de inmunoglobulina i.v, plasmaféresis, coricosteroides (3).

### **i. Inmunoglobulina Intravenosa:**

La preparación de las inmunoglobulinas de sangre humana fue primero en ser utilizadas en clínicas médicas en 1,982. En aquel tiempo la única forma de preparación requería administración intramuscular por último intravenosa (3,18).

En 1,988 Kleyweg y colaboradores reportaron que la inmunoglobulina en altas dosis era beneficiosa en el síndrome de Guillain-Barré derivado de una investigación prospectiva con asignación aleatoria en que se comparó el tratamiento de inmunoglobulina i.v con el tratamiento de plasmaféresis. Los pacientes tratados con inmunoglobulina i.v tuvieron un lapso mucho más breve para mejorar su incapacidad y evitar complicaciones. Los investigadores concluyeron que la eficacia de inmunoglobulina i.v en el tratamiento de síndrome de Guillain-Barré es semejante a la de la plasmaféresis.

### **❖ Mecanismo de Acción:**

Los mecanismos de acción son desconocidos, pero se cree que pueden ser mediados por inmunosupresión y alteración del sistema retículo endotelial (18).

### **❖ Usos Clínicos:**

Ha sido utilizada en diversas enfermedades como:

Las inmunodeficiencias primarias, asistencia pediátrica, infección en recién nacidos de bajo peso, enfermedades de la medula ósea polineuropatías crónicas y recurrentes en las fases agudas o subagudas, leucemia linfocítica crónica, púrpura trombocitopénica idiopática, síndrome de Kawasaki, síndrome de Guillain-Barré, desórdenes convulsivos de difícil manejo (3,18).

❖ **Dosis:**

0.4 g de inmunoglobulina i.v/kg de peso al día por cinco días, siendo dicha dosis la que fue utilizada en la investigación prospectiva con asignación aleatoria en que se comparó inmunoglobulina i.v con la plasmaféresis (3).

❖ **Efectos adversos:**

La incidencia de efectos adversos asociados con la administración de inmunoglobulina i.v es de 1-15%, usualmente menos del 5%. La mayoría de esas reacciones son leves y limitadas; las reacciones severas son menos frecuentes (18).

El número de efectos adversos que han sido reconocido es:

- Reacciones pirogénicas marcadas por hipertermia, síntomas sistémicos.
- Reacciones sistemáticas menores, cefalea, mialgias, temblor, náuseas y vómitos.
- Manifestaciones cardiovasculares marcadas por cambios en la presión sanguínea y taquicardia.
- Hipersensibilidad y reacciones anafilácticas (18).

Sin embargo se sabe de informes aislados y esporádicos de complicaciones más graves como:

Transmisión de hepatitis C, insuficiencia renal aguda, síndrome nefrótico, accidente apoplético, infarto del miocardio, meningitis aséptica, encefalopatía reversible con vasos pasmo cerebral (3).

#### ❖ **Prevención y manejo:**

Reacciones adversas pueden ser disminuidas o evitadas al reducir el volumen o la velocidad de infusión. Para los pacientes con repetidas y severas reacciones que no responden, para estas medidas se administra hidrocortisona 1-2 mg/kg puede ser administrado 30 minutos antes de la infusión de inmunoglobulina (18).

#### ❖ **Futuros usos de la inmunoglobulina i.v para año 2000.**

El uso de inmunoglobulina i.v (IgG i.v) para el manejo de las inmunodeficiencias de tipo humoral ha sido rápidamente demostrado y aceptado a nivel internacional. Su alto costo seguramente ha sido un factor limitante para su ulterior desarrollo. Existe actualmente una tendencia de los inmunoterapeutas, de usar este tipo de apoyo en muchas patologías, se puede prever que se desarrollen, se establezcan y precisen las indicaciones clínicas para este tipo de intervenciones, en la próxima década.

#### **ii. Plasmaféresis:**

En 1,978 Brettle y colaboradores señalaron por primera vez los beneficios de la plasmaféresis en el tratamiento del síndrome de Guillain-Barré. Algunos estudios grandes con asignación aleatoria

más tarde demostraron el beneficio de este método para tratar el síndrome (3).

Las plasmaféresis o cambio de plasma, es un método para remover elementos tóxicos de la sangre y sustancias metabólicas, anticuerpos e inmunoglobulinas (17).

Ha demostrado su eficacia en reducir las secuelas y acortar el tiempo de evolución del síndrome de Guillain-Barré. El tratamiento se inicia cuando el diagnóstico es confirmado (3,14).

Los Estudios practicados por el North American sobre síndrome de Guillain-Barré, el grupo de francés y sueco han indicado beneficio similar. En el grupo de estudios estadounidense el volumen total de intercambio fue de 200ml/kg en una a dos semanas, es decir, cuatro a cinco intercambios de 3.5 a 4 litros en promedio. No hubo una diferencia neta en la aparición de complicaciones en la plasmaféresis en comparación con el grupo testigo. El lapso que medio hasta mejorar un grado clínico como la separación del sujeto del ventilador o la posibilidad de caminar disminuyó de 50% en el grupo de plasmaféresis (3).

Se advierte “rebote” en el 10% de los pacientes y a menudo mejoran al repetir la plasmaféresis (3).

Entre las limitaciones y complicaciones posibles de este método están problemas con acceso venoso, sepsis por el catéter, hipotensión y en raras ocasiones, embolia pulmonar y hemólisis (3).

### **iii. Corticosteroides:**

Los corticosteroides actúan controlando la síntesis de proteínas receptoras en el citoplasma de las células blanco, formando un complejo receptor-esteroide (8).

Son considerados inmunosupresores, en dosis terapéuticas no disminuyen en forma significativa la concentración de anticuerpos en la circulación. Hasta la fecha no se sabe de investigaciones que demuestren la eficacia de los corticosteroides en el tratamiento de síndrome de Guillain-Barré. Se han hecho algunos estudios retrospectivos sin asignación aleatoria junto con otros pequeños prospectivos al azar, y en ellos no se ha demostrado beneficio claro. Tampoco se sabe de efecto beneficioso de las dosis altas de metilprednisolona intravenosa como ha señalado Hughes (3,8).

### **c. Otras Medidas:**

La fisioterapia (movimientos pasivos de los miembros y después ejercicios con resistencia leve) tan pronto como se recupere el movimiento en especial para evitar contracturas articulares (7).

## **11. Pronóstico:**

El pronóstico es bueno la mayoría se recupera completamente. Se dice que dentro de los factores que afectan el pronóstico están: la edad, entre más joven es el paciente mejor es su pronóstico, el haber recibido ventilación mecánica, la pleocitosis en el líquido cefalorraquídeo y la formación de “cabeza de cebolla” o sea desmielinización segmentaria en la biopsia del nervio se asocian recuperación incompleta (4,5,12,19).

◆ Entre las complicaciones del síndrome de Guillain-Barré están:

- Fallo respiratorio.
- Fallo cardíaco.
- Sobreinfección.
- Disautonomías.
- Úlceras por decúbito.
- Síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética (3).

◆ Entre las principales causas de muerte de esta enfermedad están:

- Insuficiencia respiratoria.
- Afección del S. N. C.
- Shock séptico.
- Neumonía (3,7).

## **VI. MATERIAL Y METODOS**

### **A. METODOLOGIA:**

1. Tipo de estudio. Descriptivo, retrospectivo.
2. Sujeto de estudio. Registros clínicos de pacientes de 0-60 meses de edad ingresados en el Hospital de Enfermedad Común del I.G.S.S. con el diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré.
3. Población. Se tomaron todos los pacientes que ingresaron con el diagnóstico del síndrome de Guillain-Barré.

### **OPERACIONALIZACION:**

- a) Se tomaron los signos clínicos atribuibles a la enfermedad y que están anotados en las papeletas.
- b) Se tomó el sexo consignado, en el registro clínico.
- c) Se registró la edad consignada en la ficha clínica.
- d) Se evaluó por medio de registro clínico la(s) disautonomías reportadas en pacientes con síndrome de Guillain-Barré.
- e) Se tomó el tratamiento consignado en la historia clínica.
- f) La evolución del paciente tratado con inmunoglobulina humana se evaluó por medio de registro clínico; el tiempo de estancia hospitalaria, resolución de parálisis, detención de parálisis, inicio de recuperación y rehabilitación.

g) Se revisaron las complicaciones, entre ella fallo respiratorio, fallo cardíaco, sobreinfección por medio de expedientes clínicos de síndrome de Guillain-Barré anotando en la ficha lo encontrado.

#### 4. Criterios de inclusión:

Pacientes de 0-60 meses de edad con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré que consultaron durante Enero de 1,994 a Junio 1,999 al departamento de Pediatría del Hospital de Enfermedad Común del I.G.S.S.

#### 5. Criterios de Exclusión:

- a) Pacientes con afecciones neurológicas que no son Guillain-Barré.
- b) Pacientes mayores de 60 meses de edad.
- c) Pacientes con Sx. Guillain-Barré que consulten fuera de las fechas indicadas.

#### 6. Variables de estudio

VARIABLES	DEFINICION	ESCALA MEDICION	OPERACIONALIZACION	UNIDAD DE MEDIDA	TX EXTADISTICO
1. SIGNOS CLINICOS	Todo lo positivo para el Sx de Guillaín-Barré observado por examinador.	Nominal	Se tomarán los signos clínicos atribuibles a la enfermedad y que están anotados en las papeletas.	1. Debilidad de miembros inferiores. 2. Arreflexia. 3. Alteración del sensorio. 4.Otros	Proporción.
2. SEXO	Características físicas que permiten clasificar al paciente como masculino o femenino.	Nominal	Se tomará el sexo consignado, en el registro clínico.	1. Masculino 2. femenino	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporciones</li> <li>• Gráficas</li> </ul>
- EDAD	Tiempo que una persona ha vivido a contar desde que nació.	Numérica Continua	Se registrará la edad consignada en la ficha clínica.	De 0-60 meses	<p>Cuadros con intervalos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mediana</li> <li>• Desviación estándar</li> <li>• Gráfica de Barras</li> </ul>

VARIABLES	DEFINICION	ESCALA MEDICION	OPERACIONALIZACION	UNIDAD DE MEDIDA	TX ESTADISTICO
3. Disautonomía	Afección del sistema nervioso autónomo que aparece ocasionalmente en pacientes con Sx de Guillain-Barré.	Nominal	<p>Evaluar por medio de registro clínico la(s) disautonomías-reportadas en pacientes con Sx. de Guillain-Barre.</p> <p>Entre los parámetros encontramos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• P/A: Hipotensión: Presión arterial por abajo del 50 percentil según edad. Hipertención: Presión arterial por arriba del 95 percentil según edad.</li> <li>• FC: Bradicardia</li> <li>• RN y lactantes menor de 100 Preescolares y escolar menor de 80 Adolescentes y adultos menor de 60</li> <li>• Taquicardia RN y lactantes mayor de 120-140 Preescolares y escolares mayor de 100 Adolescentes y adultos mayor de 100</li> </ul>	<p>Registrando si o no el valor de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hipertensión</li> <li>2. Hipotensión</li> <li>3. Retención Urinaria</li> <li>4. Taquicardia</li> <li>5. Sudoración</li> <li>6. Otros.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporciones</li> </ul>

VARIABLES	DEFINICION	ESCALA MEDICION	OPERACIONALIZACION	UNIDAD DE MEDIDA	TX ESTADISTICO
4.TRATAMIENTO	Conjunto de medios que se emplean para curar enfermedades o defectos, empleados en una experiencia o en la elaboración de un producto.	Nominal	<p>Evaluar por medio de registro clínico el:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tiempo de estancia hospitalaria.</li> <li>2) Resolución de parálisis.</li> <li>3) Detención de parálisis.</li> <li>4) Inicio de recuperación y rehabilitación.</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FR: Bradipnea RN y lactantes 40 Preescolares y escolares menor de 20 Adolescentes y adultos menor de 25</li> <li>• Taquipnea RN y lactantes mayor de 60 Preescolares y escolares mayor de 40 Adolescentes y adultos mayor de 25</li> <li>• T Hipotermia: menor de 35 Hipertermia: mayor de 38</li> <li>• Excreta Urinaria Oliguria Poliuria</li> </ul> <p>Tratamiento consignado en la historia clínica.</p>	1 = Inmunoglobulina 2 = Plasmaféresis	Proporción

VARIABLES	DEFINICION	ESCALA MEDICION	OPERACIONALIZACION	UNIDAD DE MEDIDA	TX ESTADISTICO
5. Evolución de los pacientes tratados con Inmunoglobulina humana.	Cambios observados en el paciente en calidad de efecto durante la recuperación y estancia hospitalaria.	Nominal	<p>Evaluar por medio de registro clínico el:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tiempo de estancia hospitalaria.</li> <li>2) Resolución de parálisis.</li> <li>3) Detención de parálisis.</li> <li>4) Inicio de recuperación y rehabilitación.</li> </ol>	Semanas	Proporción

VARIABLES	DEFINICION	ESCALA MEDICION	OPERACIONALIZACION	UNIDAD DE MEDIDA	TX ESTADISTICO
Complicaciones 6. Fallo Respiratorio	Alteración de la frecuencia respiratoria normal según edad del paciente.	Nominal	Se revisarán expedientes con diagnóstico clínico de Sx de Guillaín-Barré anotando en la ficha lo encontrado entre ellas están: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración del estado de conciencia asociado a.</li> <li>• Usos de músculos respiratorios.</li> <li>• Músculos intercostales.</li> <li>• Músculos Supraclaviculares.</li> <li>• Aleteo Nasal</li> <li>• Gemidos</li> <li>• Color</li> <li>• Murmullo Vesicular</li> <li>• FR BRADIPNEA</li> <li>• RN y lactantes 40</li> <li>• Preescolares y escolares 20</li> <li>• Adolescentes y Adultos 15</li> <li>• TAQUIPNEA</li> <li>• RN y lactantes 60</li> <li>• Preescolares y escolares 40</li> <li>• Adolescentes y adultos 25</li> </ul>	1. SI 2. NO	Proporción

VARIABLES	DEFINICION	ESCALA MEDICION	OPERACIONALIZACION	UNIDAD DE MEDIDA	TX ESTADISTICO
6.1 Fallo Cardíaco	Alteración de la frecuencia cardíaca normal según edad del paciente.	Nominal	<p>Se revisará expedientes con diagnóstico clínico de Sx de Guillaín-Barré anotando en la ficha lo encontrado, entre ellas están:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración del estado de conciencia asociado a</li> <li>• Color</li> <li>• Temperatura</li> <li>• Arritmias Cardiacas</li> <li>• Perfusión Tisular</li> <li>• Presión arterial</li> <li>• FC Bradicardia</li> <li>• Rn y Lactantes 100</li> <li>• Preescolares y escolares 80</li> <li>• Adolescentes y adultos 60</li> <li>• TAQUICARDIA</li> <li>• Rn y Lactantes 120-140</li> <li>• Preescolares y escolares 100</li> <li>• Adolescentes y adultos 100</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SI</li> <li>2. NO</li> </ol>	Proporción

VARIABLES	DEFINICION	ESCALA MEDICION	OPERACIONALIZACION	UNIDAD DE MEDIDA	TX ESTADISTICO
6.2 Sobreinfección	La adquisición de infecciones nosocomiales a las que se encuentran expuestas los pacientes con Sx de Guillaín-Barré que son colocados en unidades de Terapia Intensiva donde hay mucho volumen de pacientes de diferentes edades, con diversidad de patologías y que por el problema de bases son poco movilizados exponiéndolos a gérmenes multiresistentes capaces de provocar infecciones.	Nominal	Se revisará expedientes con diagnóstico clínico de Sx de Guillaín-Barré anotando en ficha lo encontrado. Entre ellas están: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neumonías</li> <li>• Ulceras por decubito</li> <li>• Choque Séptico</li> <li>• Cateterismos Urinarios</li> <li>• Comprobado con apoyo de exámenes de laboratorio. (Hematología cultivos: Sangre, heces, orina, rayos x).</li> </ul>	1. SI 2. NO	Proporción

## ***B. RECURSOS***

### **1. MATERIALES FISICOS:**

- ❖ Boleta de Recolección de datos.
- ❖ Expediente clínico.
- ❖ Archivo del Hospital de Enfermedad Común del I.G.S.S.
- ❖ Computadora.
- ❖ Utiles de Oficina.
- ❖ Fotocopia.
- ❖ Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas.

### **2. HUMANOS**

- ❖ Revisor.
- ❖ Asesor.
- ❖ Estudiante de Medicina.

## **VII. PRESENTACION DE RESULTADOS**

**CARACTERISTICAS CLINICAS, COMPLICACIONES Y  
TRATAMIENTO DE SINDROME DE GUILLAÍN-BARRÉ EN  
POBLACION PEDIATRICA.  
I.G.S.S. ENFERMEDAD COMUN  
ENERO 1994-JUNIO 1999**

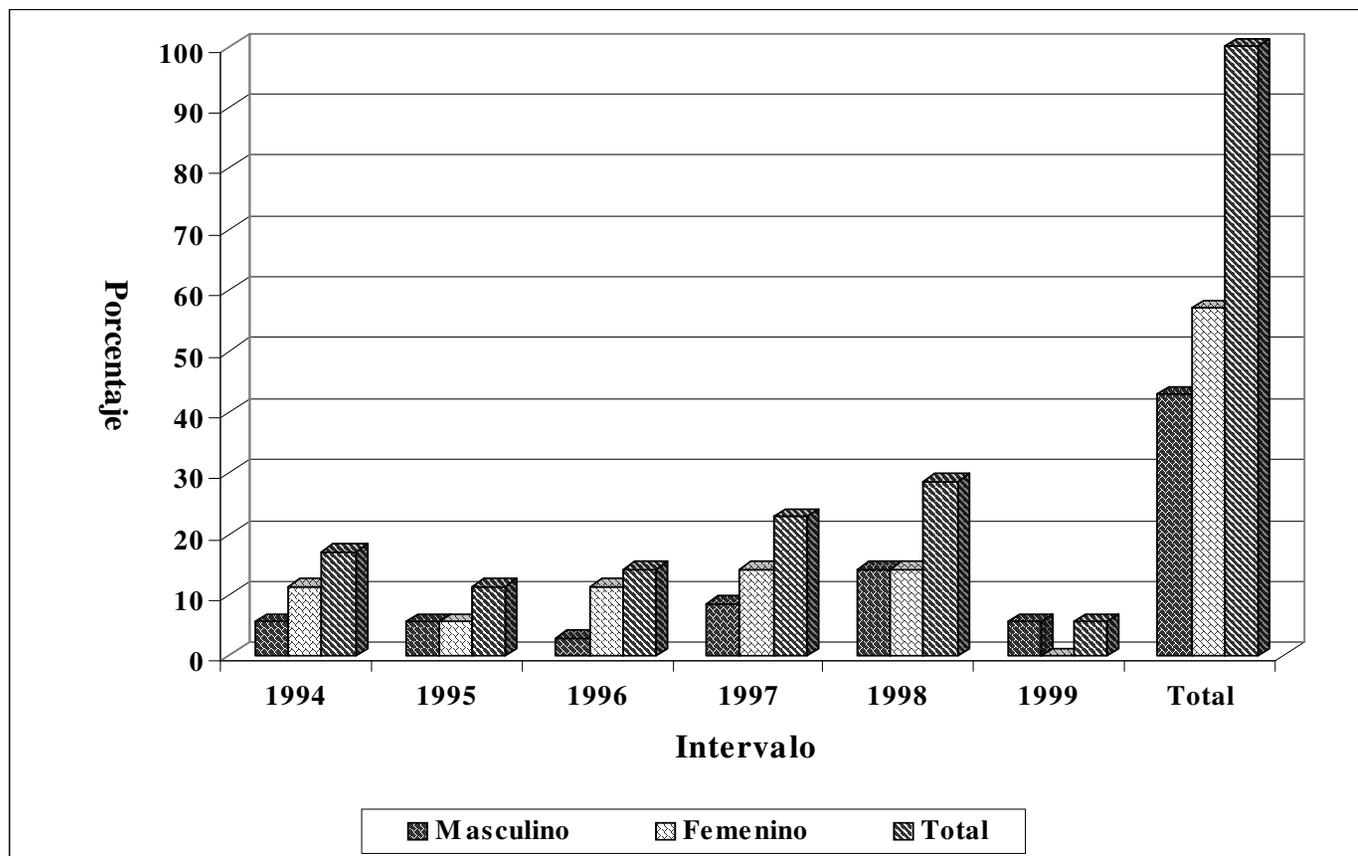
**CUADRO No. 1**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN AÑO DE INGRESO AL HOSPITAL Y SEXO  
DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS (0-60 meses)**

<b>AÑO</b>	<b>MASCULINO</b>		<b>FEMENINO</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>FREC.</b>	<b>%</b>	<b>FREC.</b>	<b>%</b>	<b>FREC.</b>	<b>%</b>
<b>1994</b>	2	5.7	4	11.4	6	17.1
<b>1995</b>	2	5.7	2	5.7	4	11.4
<b>1996</b>	1	2.9	4	11.4	5	14.3
<b>1997</b>	3	8.6	5	14.3	8	22.9
<b>1998</b>	5	14.3	5	14.3	10	28.6
<b>1999</b>	2	5.7	0	0	2	5.7
<b>TOTAL</b>	15	42.9	20	57.1	35	100

✓ Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Guillain-Barré en I.G.S.S. Enfermedad común de enero 1,994 a junio 1,999.

**CUADRO No. 1**  
**DISTRIBUCION SEGÚN AÑO DE INGRESO AL HOSPITAL Y SEXO DE LOS**  
**PACIENTES PEDIÁTRICOS (0-60)**



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Guillain-Barré en I.G.S.S.  
 Enfermedad común de enero 1,994 a junio 1,999.

**CARACTERISTICAS CLINICAS, COMPLICACIONES Y  
TRATAMIENTO DE SINDROME DE GUILLAÍN-BARRÉ EN  
POBLACION PEDIATRICA.  
I.G.S.S. ENFERMEDAD COMUN  
ENERO 1994-JUNIO 1999**

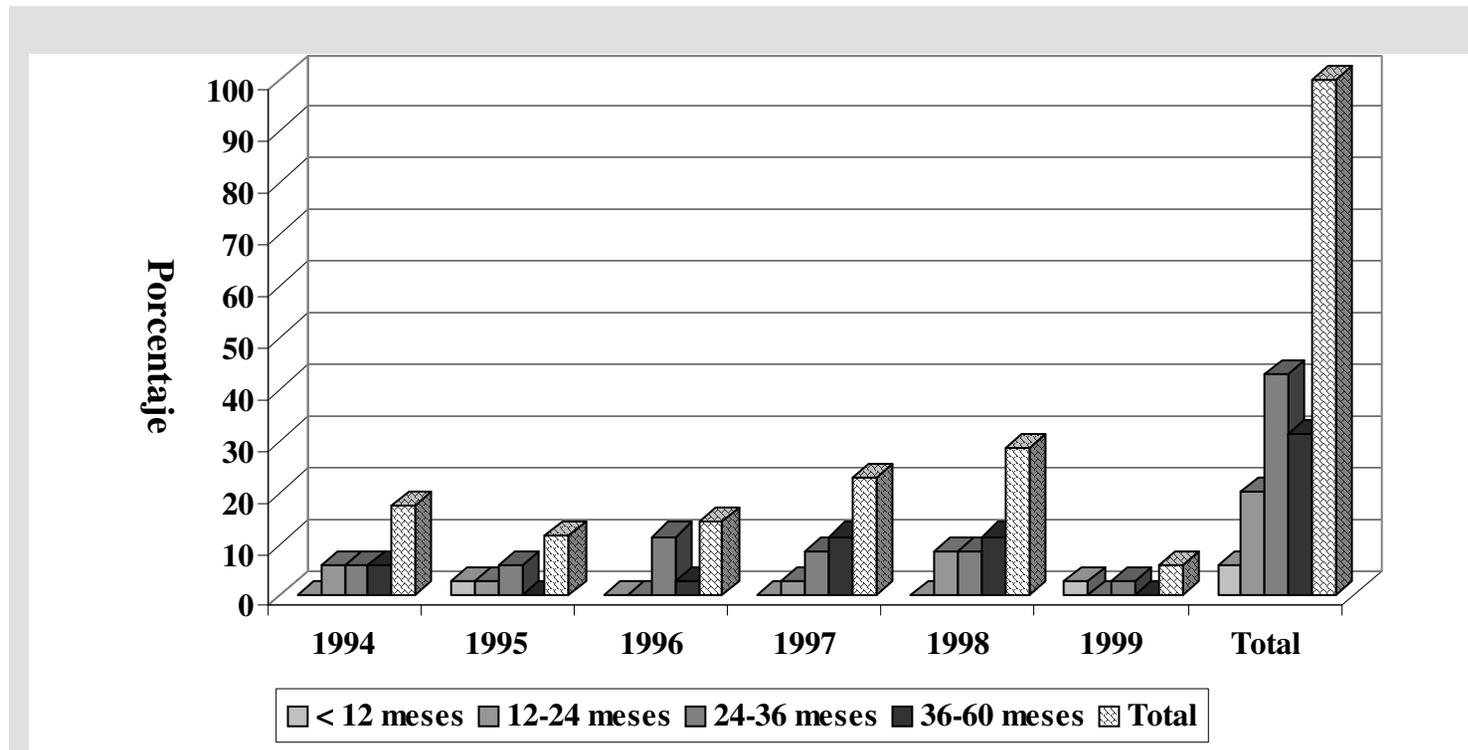
**CUADRO No. 2**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN AÑO DE INGRESO AL HOSPITAL Y EDAD  
DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS  
(0-60 meses)**

Edad	< 12 meses		12-24 meses		24-36 meses		36-60 meses		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>1994</b>	0	0	2	5.75	2	5.75	2	5.75	6	17.25
<b>1995</b>	1	2.85	1	2.85	2	5.75	0	0	4	11.45
<b>1996</b>	0	0	0	0	4	11.4	1	2.85	5	14.25
<b>1997</b>	0	0	1	2.85	3	8.6	4	11.4	8	22.85
<b>1998</b>	0	0	3	8.6	3	8.6	4	11.4	10	28.6
<b>1999</b>	1	2.85	0	0	1	2.85	0	0	2	5.7
<b>TOTAL</b>	2	5.7	7	20.05	15	42.95	11	31.4	35	100

✓ Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Guillain-Barré en I.G.S.S. Enfermedad común de enero 1,994 a junio 1,999.

**CUADRO No. 2**  
**DISTRIBUCION SEGÚN AÑO DE INGRESO AL HOSPITAL Y EDAD DE LOS**  
**PACIENTES PEDIÁTRICOS (0-60 meses)**



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Guillain-Barré en I.G.S.S.  
 Enfermedad común de enero 1,994 a junio 1,999.

**CARACTERISTICAS CLINICAS, COMPLICACIONES Y  
TRATAMIENTO DE SINDROME DE GUILLAÍN-BARRÉ EN  
POBLACION PEDIATRICA.  
I.G.S.S. ENFERMEDAD COMUN  
ENERO 1994-JUNIO 1999**

**CUADRO No. 3  
DISAUTONOMIAS REPORTADAS EN PACIENTES PEDIATRICOS  
CON SINDROME DE GUILLAIN-BARRE**

DISAUTONOMIAS	HIPERTENSION		HIPOTENSION		RETENCION URINARIA		TAQUICARDIA		SUDORACION	
	Frec. / %		Frec. / %		Frec. / %		Frec. / %		Frec. / %	
<b>SI</b>	4	11.4	2	5.7	6	17	10	28.6	2	5.7
<b>NO</b>	31	88.6	33	94.3	29	83	25	71.4	33	94.3
<b>TOTAL</b>	35		35		35		35		35	

✓ Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Guillain-Barré en I.G.S.S. Enfermedad común de enero 1,994 a junio 1,999.

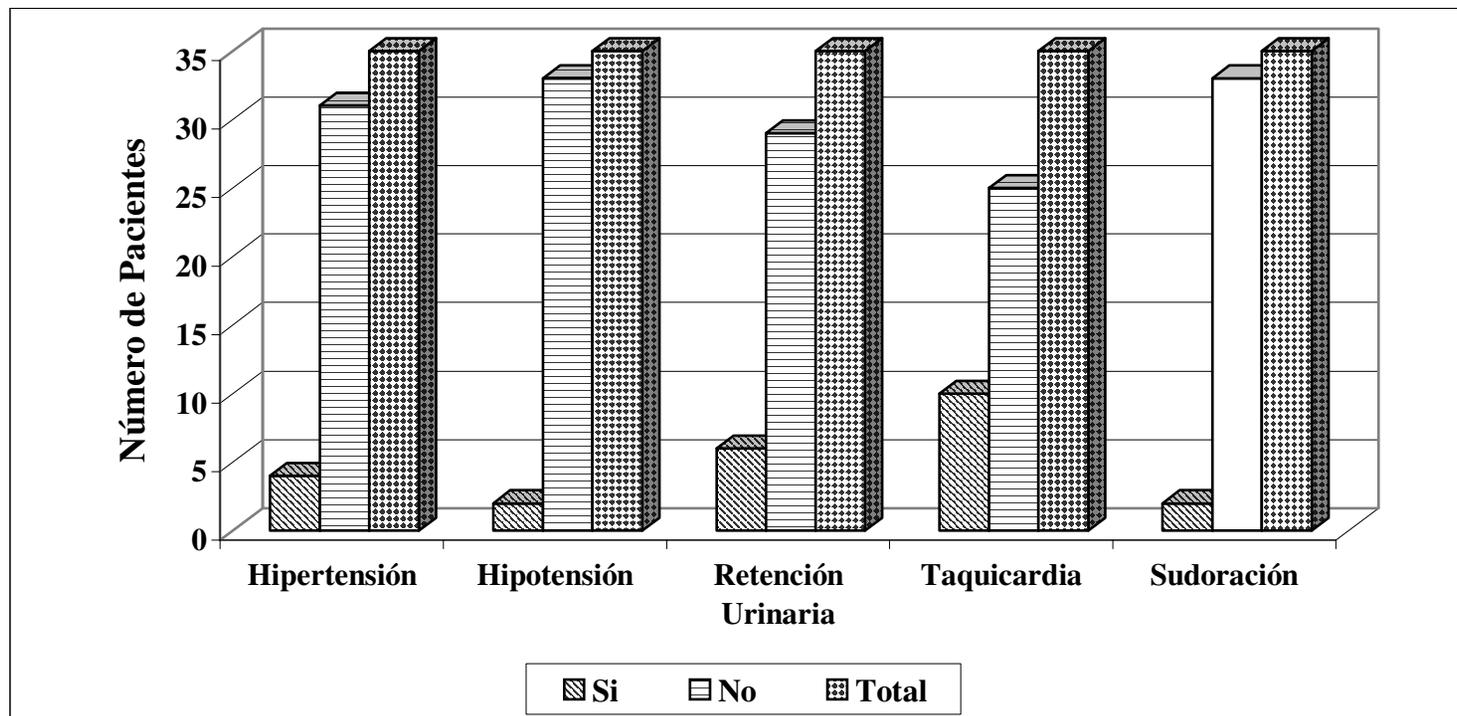
**CARACTERISTICAS CLINICAS, COMPLICACIONES Y  
TRATAMIENTO DE SINDROME DE GUILLAÍN-BARRÉ EN  
POBLACION PEDIATRICA.  
I.G.S.S. ENFERMEDAD COMUN  
ENERO 1994-JUNIO 1999**

**CUADRO No. 4  
DISTRIBUCION SEGÚN ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES  
PEDIATRICOS CON SINDROME DE GUILLAIN-BARRE**

Días Hospitalizados	FRECUENCIA	PORCENTEJA (%)
<b>5-9</b>	<b>11</b>	<b>31</b>
<b>10-14</b>	<b>7</b>	<b>20</b>
<b>15-19</b>	<b>10</b>	<b>29</b>
<b>20-24</b>	<b>3</b>	<b>8</b>
<b>25-29</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>30-49</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>54-54</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>Egreso Contraindicado</b>	<b>2</b>	<b>6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

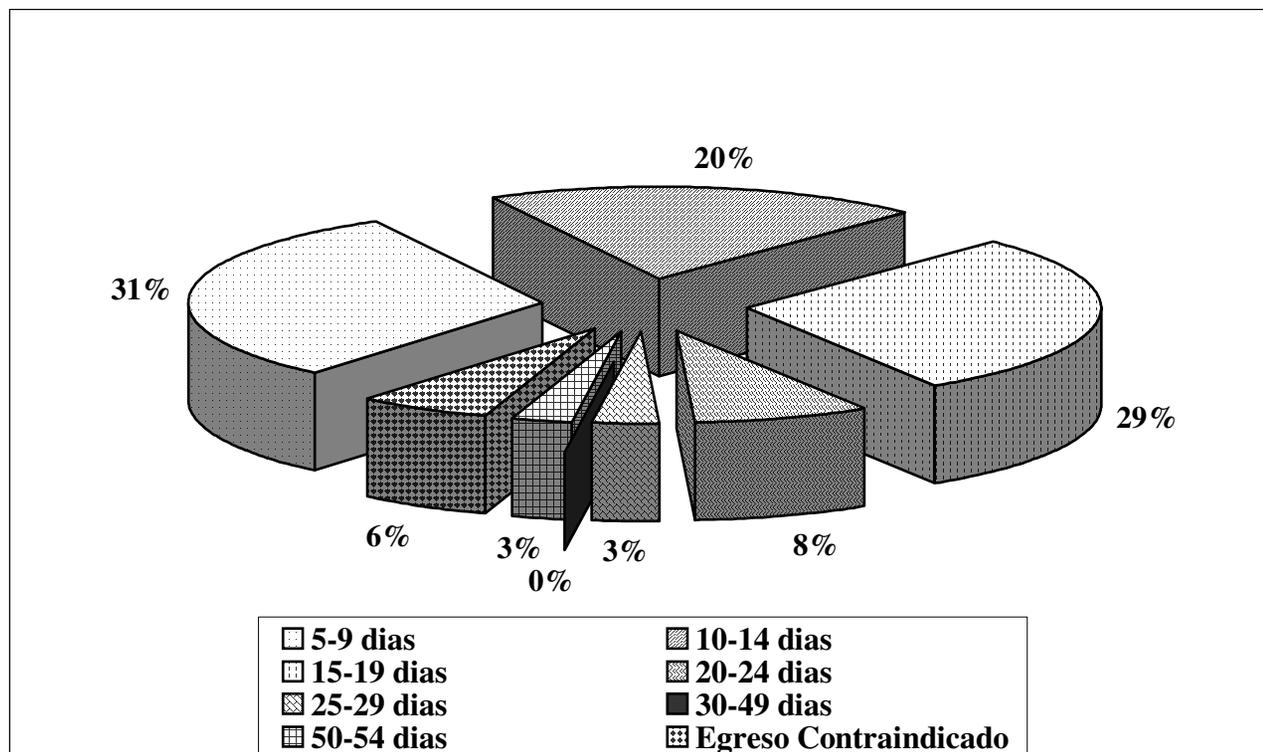
✓ Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Guillain-Barré en I.G.S.S. Enfermedad común de enero 1,994 a junio 1,999.

**CUADRO No. 3**  
**DISAUTONOMIAS REPORTADAS EN PACIENTES PEDIATRICOS CON SINDROME DE**  
**GUILLAIN-BARRE**



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Guillain-Barré en I.G.S.S.  
 Enfermedad común de enero 1,994 a junio 1,999.

**CUADRO No. 4**  
**DISTRIBUCION SEGÚN ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES PEDIATRICOS**  
**CON SINDROME DE GUILLAIN-BARRE**



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Guillain-Barré en I.G.S.S.  
 Enfermedad común de enero 1,994 a junio 1,999.

**CARACTERISTICAS CLINICAS, COMPLICACIONES Y  
TRATAMIENTO DE SINDROME DE GUILLAÍN-BARRÉ EN  
POBLACION PEDIATRICA.  
I.G.S.S. ENFERMEDAD COMUN  
ENERO 1994-JUNIO 1999**

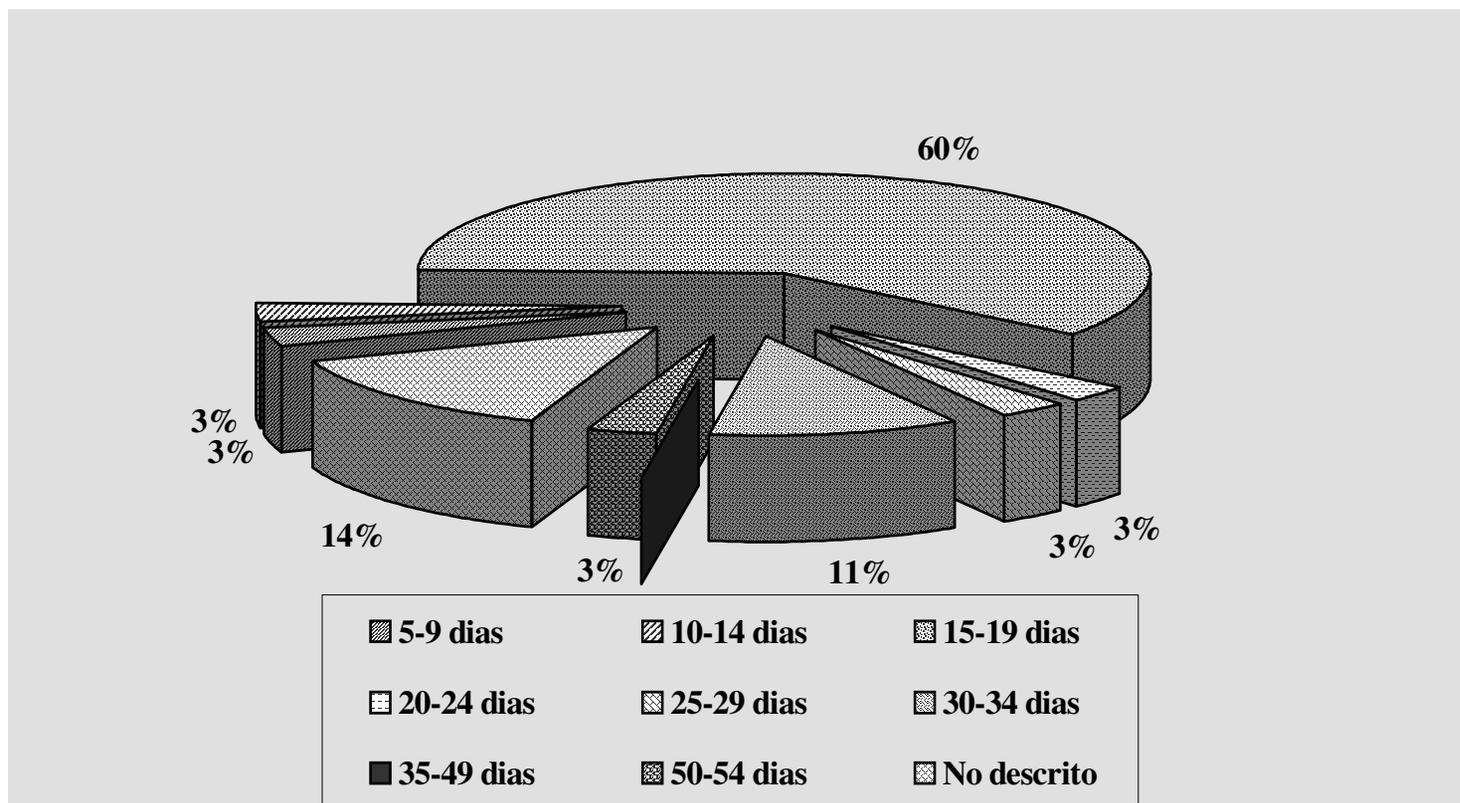
**CUADRO No. 5**

**TIEMPO DE RECUPERACION EN EL PACIENTE PEDIATRICO CON  
SINDROME DE GUILLAÍN-BARRÉ**

<b>Recuperación en días</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
<b>5-9</b>	1	3
<b>10-14</b>	1	3
<b>15-19</b>	21	60
<b>20-24</b>	1	3
<b>25-29</b>	1	3
<b>30-34</b>	4	11
<b>35-49</b>	0	0
<b>50-54</b>	1	3
<b>No descrito</b>	5	14
<b>TOTAL</b>	35	100

✓ Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Guillain-Barré en I.G.S.S. Enfermedad común de enero 1,994 a junio 1,999.

**CUADRO No. 5**  
**TIEMPO DE RECUPERACION EN EL PACIENTE PEDIATRICO CON SINDROME DE**  
**GUILLAÍN-BARRÉ**



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Guillain-Barré en I.G.S.S.  
 Enfermedad común de enero 1,994 a junio 1,999.

**CARACTERISTICAS CLINICAS, COMPLICACIONES Y  
TRATAMIENTO DE SINDROME DE GUILLAÍN-BARRÉ EN  
POBLACION PEDIATRICA.  
I.G.S.S. ENFERMEDAD COMUN  
ENERO 1994-JUNIO 1999**

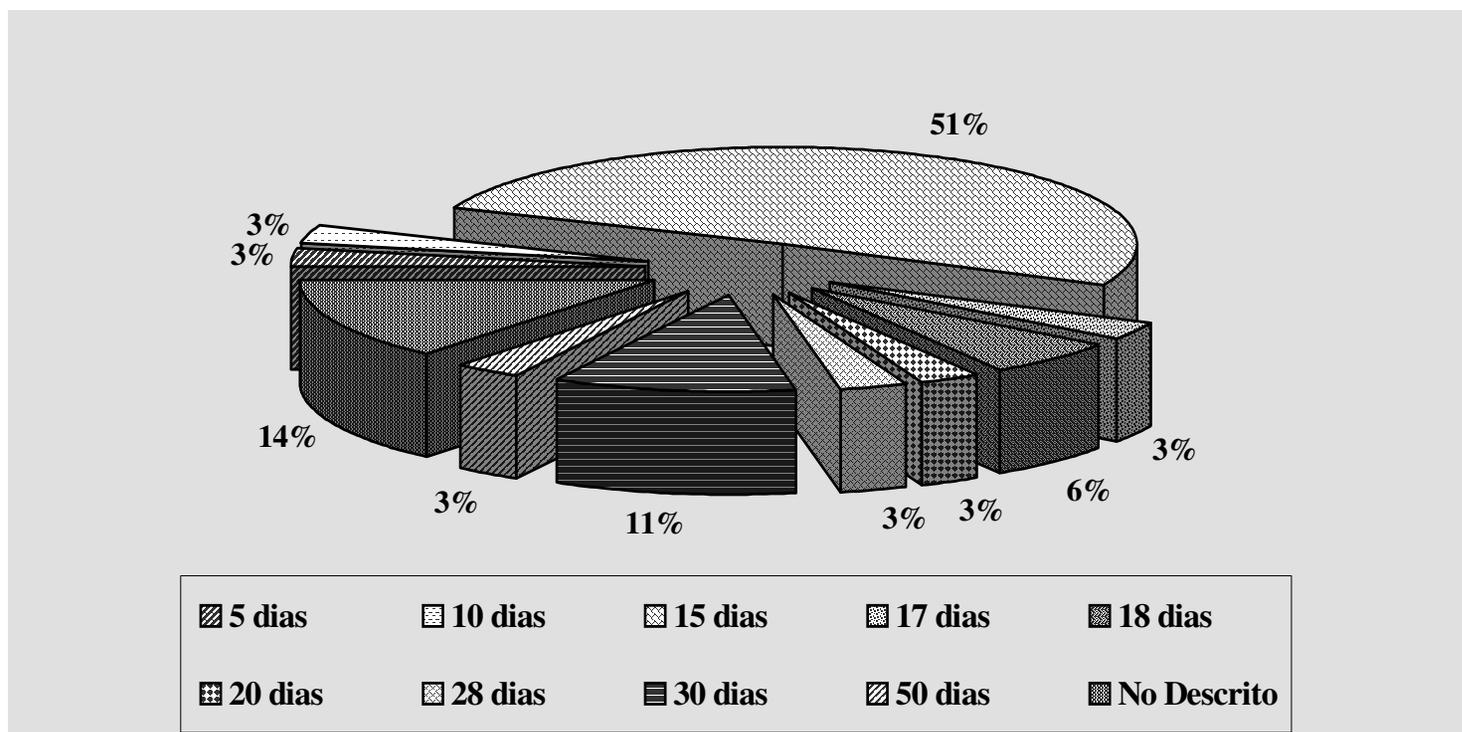
**CUADRO No. 6**

**EVOLUCION DEL PACIENTE PEDIATRICO SEGÚN TIEMPO DE  
RESOLUCION DE LA PARALISIS**

<b>Resolucion de paralisis</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
<b>5</b>	1	3
<b>10</b>	1	3
<b>15</b>	18	51
<b>17</b>	1	3
<b>18</b>	2	6
<b>20</b>	1	3
<b>28</b>	1	3
<b>30</b>	4	11
<b>50</b>	1	3
<b>No descrito</b>	5	14
<b>TOTAL</b>	35	100

- ✓ Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Guillain-Barré en I.G.S.S. Enfermedad común de enero 1,994 a junio 1,999.

## CUADRO No. 6 EVOLUCION DEL PACIENTE PEDIATRICO SEGÚN TIEMPO DE RESOLUCION DE LA PARALISIS



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Guillain-Barré en I.G.S.S.  
Enfermedad común de enero 1,994 a junio 1,999.

**CARACTERISTICAS CLINICAS, COMPLICACIONES Y  
TRATAMIENTO DE SINDROME DE GUILLAÍN-BARRÉ EN  
POBLACION PEDIATRICA.  
I.G.S.S. ENFERMEDAD COMUN  
ENERO 1994-JUNIO 1999**

**CUADRO No. 7  
COMPLICACIONES EN PACIENTES PEDIATRICOS CON SINDROME  
DE GUILLAÍN-BARRÉ**

COMPLICACION	FALLO RESPIRATORIO		FALLO CARDIACO		SOBREINFECCION	
	Frec. / %	Frec. / %	Frec. / %	Frec. / %	Frec. / %	
<b>SI</b>	23	65.7	11	31.4	14	40
<b>NO</b>	12	34.3	24	68.6	21	60
<b>TOTAL</b>	35		35		35	

✓ Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Guillain-Barré en I.G.S.S. Enfermedad común de enero 1,994 a junio 1,999.

**CARACTERISTICAS CLINICAS, COMPLICACIONES Y  
TRATAMIENTO DE SINDROME DE GUILLAÍN-BARRÉ EN  
POBLACION PEDIATRICA.  
I.G.S.S. ENFERMEDAD COMUN  
ENERO 1994-JUNIO 1999**

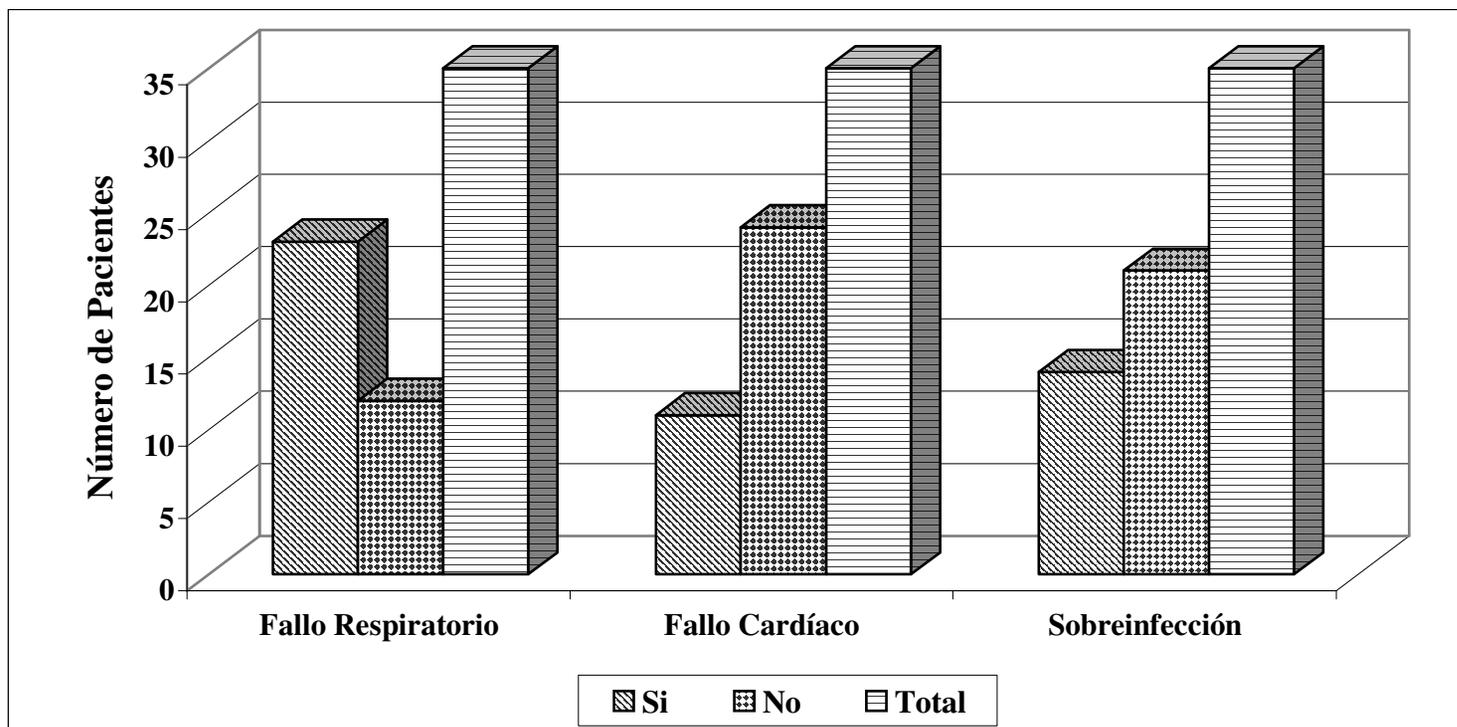
**CUADRO No. 8  
TRATAMIENTO EN PACIENTES PEDIATRICOS CON SINDROME DE  
GUILLAÍN-BARRÉ**

TRATAMIENTO RECIBIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<b>INMUNOGLOBULINA</b>	35	100
<b>PLASMAFERESIS</b>	0	0
<b>TOTAL</b>	35	100

✓ Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Guillain-Barré en I.G.S.S. Enfermedad común de enero 1,994 a junio 1,999.

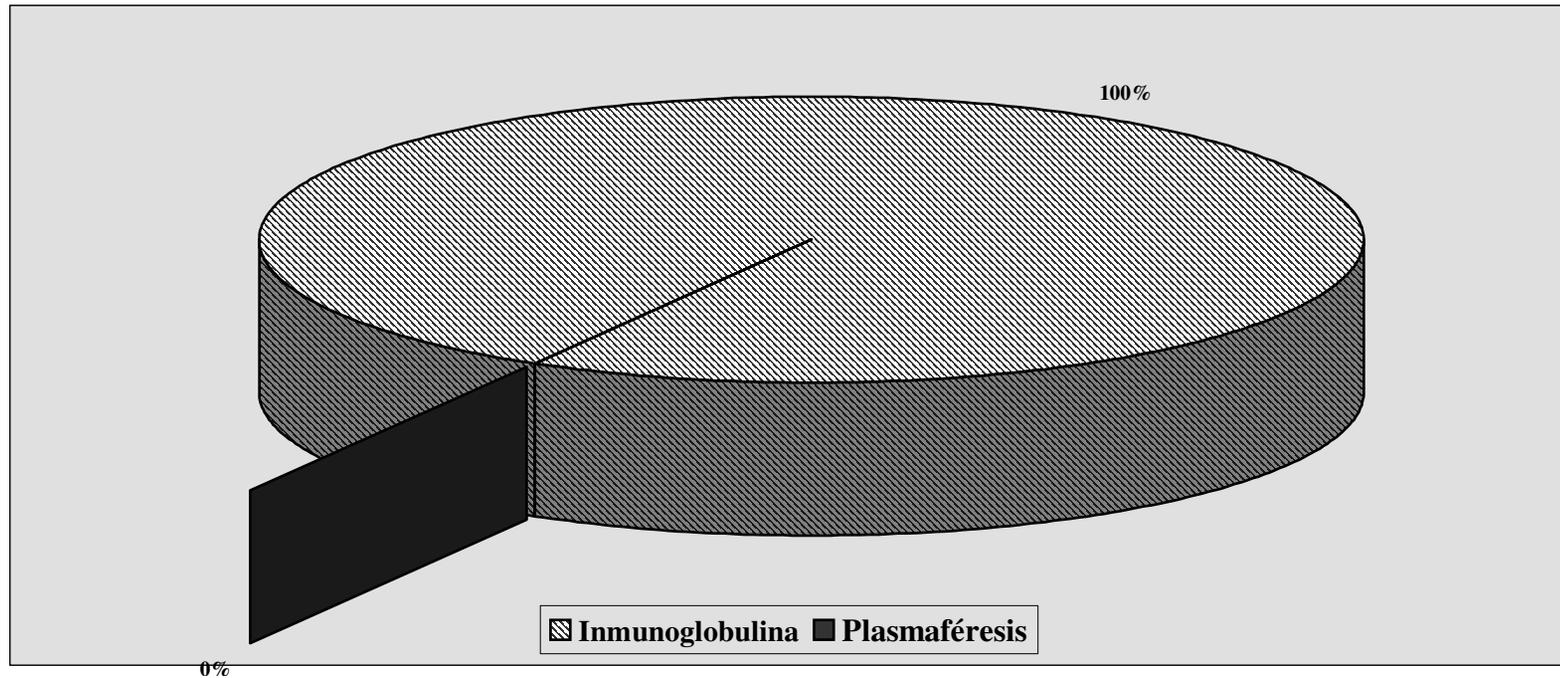


**CUADRO No. 7**  
**COMPLICACIONES EN PACIENTES PEDIATRICOS CON SINDROME**  
**DE GUILLAÍN-BARRÉ**



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Guillain-Barré en I.G.S.S.  
 Enfermedad común de enero 1,994 a junio 1,999.

**CUADRO No. 8**  
**TRATAMIENTO EN PACIENTES PEDIATRICOS CON SINDROME DE GUILLAÍN-BARRÉ**



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome de Guillain-Barré en I.G.S.S.  
Enfermedad común de enero 1,994 a junio 1,999.

## VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

La presente investigación fue realizada en el Hospital de Enfermedad Común del I.G.S.S. Los datos fueron obtenidos a través de revisión de expedientes clínicos de pacientes pediátricos (0-60 meses) con diagnóstico de síndrome de Guillaín-Barré durante el período de Enero 1994 a Junio 1999.

Para la obtención de los datos se utilizó una boleta de recolección de datos y el departamento de Archivo de dicho Hospital.

El cuadro clínico más frecuente fue debilidad y tonos musculares de miembros inferiores disminuidos.

En un total de 35 pacientes, 20 corresponden al sexo femenino siendo el más afectado y 15 del sexo masculino (cuadro No.1), reportándose en la literatura que el sexo masculino es el más afectado con una relación 2:1 <sup>(3)</sup>. Lo anterior podría deberse a que el número de casos es pequeño, a rango de edad con la que se realizó la investigación y la frecuencia de consulta por dicho problema.

El grupo menos afectado corresponde a los menores de 12 meses de edad y el más afectado el comprendido entre 24 a 36 meses. Según lo reportado en la literatura el citado síndrome afecta a personas de todas las edades alcanzando su máxima frecuencia en jóvenes y adultos y el pico de menos magnitud entre los 50 y 79 años de vida <sup>(1,3,17)</sup>. Entre los factores que pudieron influir a que la afección se presentara mayormente entre los niños de 24 a 36 meses de edad, es que dichas edades están más propensos a adquirir infecciones de todo tipo en virtud de que empiezan a ser ambulatorios y a relacionarse más con su ambiente, mismo que en muchas ocasiones no es el más apropiado e higiénico. Así mismo a las altas tasas de natalidad del período de destete, por disminución del aporte de defensas naturales presentes en la leche materna.

Entre los trastornos disautonómicos (cuadro No.3) el más frecuente fue la taquicardia con un 29% en el total de la población, presentando un menor porcentaje la hipotensión y sudoración con un 6% en cada caso. Sin embargo el 86% de pacientes no presentaron disautonomías, teniendo como tratamiento Inmunoglobulina Humana.

Estudios realizados en informes aislados reportan que con el uso de inmunoglobulina humana I.V. estas disautonomías disminuyen (3).

Todos los pacientes fueron tratados con inmunoglobulina humana I.V. lo que podría atribuirse a que el tratamiento de plasmaféresis no es accesible a la población, debido a que se necesitan de 4 a 5 intercambios de 3.5 a 4 litros en promedio para tener un 50% de recuperación (3).

El tratamiento con inmunoglobulina humana I.V. se consideró que fue adecuado en este estudio, al observarse aceptables rangos en el tiempo de estancia hospitalaria y la recuperación del paciente, que en el 80% y 66% fue menor de 20 días, respectivamente (cuadro No.4 y 5).

Los resultados del presente estudio pueden compararse con un estudio de tesis sobre Prevalencia del síndrome de Guillain-Barré en el período de 1983 – 1992 a nivel hospitalario el cual reporta como parte del tratamiento esteroides, plasmaféresis y antibióticos y concluye con duda en torno al beneficio con esteroides, con plasmaféresis y que el tratamiento debe iniciarse en las primeras semanas de iniciado los síntomas, así como no recomienda el uso de antibiótico de manera profiláctica, lo cual reserva solo cuando se sospeche o confirmen infecciones (3,5,8).

La complicación más frecuente fue el fallo respiratorio seguido de sobreinfección y por último fallo cardíaco (cuadro No.7). Al respecto el fallo respiratorio continúa siendo la primera complicación, según lo

reportado en la literatura, ya que algunos pacientes podrían cursar con enfermedades del tracto respiratorio 3-4 semanas anteriores de iniciada la enfermedad para luego presentar cuadro de parálisis de los músculos respiratorios. En tal sentido es importante la vigilancia del esfuerzo ventilatorio de estos pacientes para detectar tempranamente el problema e implantar ventilación asistida.

La mortalidad en los pacientes de estudio se dio en un 2.8%, ubicándose esta en menor porcentaje que lo reportado en la literatura que ha sido del 5% (15).

En términos generales la evolución de la gran mayoría de los pacientes fue satisfactoria, siendo la media del tiempo de estancia hospitalaria de 13 días y en el 66% un tiempo de recuperación entre 5 a 19 días (cuadro No.4). Con la utilización de la inmunoglobulina humana I.V. disminuyeron también dichos parámetros lo cual coincide con lo reportado en la literatura (1,3,15).

## IX. CONCLUSIONES

- 1) Los signos clínicos más frecuentes fueron: debilidad y disminución de tonos musculares en miembros inferiores, ambos con un 43% de la población de estudio.
- 2) El sexo que predominó fue el femenino con un 57% del total de la población.
- 3) El grupo etario menor de 12 meses fue el menos afectado con un 6% siendo el más afectado el de 24 a 36 meses con un 46% del total de la población.
- 4) Entre los trastornos disautonómicos la taquicardia fue el signo más frecuente con un 29% del total de la población.
- 5) La complicación más frecuente fue el fallo respiratorio en un 66% de los que si presentaron complicaciones.
- 6) Todos los pacientes fueron tratados con inmunoglobulina humana.

## **X. RECOMENDACIONES**

- 1) Realizar otros estudios sobre el síndrome de Guilláin-Barré a nivel nacional para determinar prevalencia e incidencia.
- 2) Profundizar en los parámetros clínicos que se utilizan para diagnosticar síndrome de Guilláin-Barré, para poder tener un criterio unificado de estos parámetros.
- 3) Prevenir por medio de medidas inmediatas la incidencia de complicaciones en casos diagnosticados tempranamente.

## **XI. RESUMEN**

El presente estudio describe las características clínicas complicaciones y tratamiento del Síndrome de Guillain-Barré en niños atendidos en el departamento de Pediatría del Hospital de Enfermedad Común del I.G.S.S. durante el período Enero de 1,994 a Junio de 1,999.

El mismo persigue determinar las características clínicas del Síndrome de Guillain-Barré en la población de estudio, la proporción de pacientes afectados por sexo y edad. Para el efecto se efectuó revisión de expedientes clínicos de los pacientes con dicha enfermedad durante el período indicado, encontrándose un total de 35 casos.

Los resultados evidencian que el cuadro clínico más frecuente fue debilidad de miembros inferiores y tonos musculares de miembros inferiores disminuidos, ambos con un 43% en la población de estudio. En cuanto al sexo el mas afectado fue el femenino en un 57%. Con respecto al grupo de edad menos afectado es el correspondiente a menores de 12 meses con un 6% del total de la población; el grupo de 24-36 meses con 46%.

Entre los trastornos disautonómicos se encontró que la taquicardia fue el signo mas frecuente con un 29%, y como complicación más frecuente el fallo respiratorio, seguida de sobreinfección. El tratamiento utilizado en todos los casos fue la inmunoglobulina humana.

Los días de estancia hospitalaria oscilo de 5-9 días en el 31% de la población, seguido de 15-19 días en el 29%, siendo la media de 13 días. La recuperación se encontró en un lapso de 15-19 días con un 60% del total de la población.

## XII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Behrman R.E. Kliegman R.N et.al. Nelson, tratado de pediatría. 15 edición Madrid. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana: 1,997 vol. 2, 2189-2190. p.
2. Blimkenberg M. et.al. Criterios para el diagnostico del Síndrome de Guillain-Barré. Announcement, Annals of Neurology. 1,978 marzo vol. 6, 565-566.0 p.
3. Clínicas neurológicas de Norteamérica. Enfermedades neuromusculares adquiridas. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, 1,997 vol. 3 559-66, 569-73 p.
4. Contran Kumar Robbins. Patología estructural y funcional. 4ta Edición, editorial Mc Graw-Hill Interamericana, 1,990 vol 2. 326, 1520-1521 p.
5. Cole F.G. et.al. Prognosis in severe Guillain-Barré Syndrome. Once casos estudiados. London, Arch. of Disease in childhood 1,987 62, 288-91 p.
6. Conferencia Latinoamericana. 1ra. 1,990 Guatemala. Uso de Inmunoglobulinas I.V. Guatemala 30 de junio 1,990 39-40, 53-54 p.
7. Desforges F. Jane. et.al. The Guillain-Barré syndrome. The New England Journal of Medicine. 1,992 april 23 (17) 1130-35 p.
8. Gilman Goodman Alfred. et.al. Bases farmacológicas de la Terapéutica. 8 ava. Edición, México, Editorial Panamericana 1,993 1391-97 p.

9. Hay W. William, et.al. Diagnostico y tratamiento pediatrico. 9ª edición, Editorial Manual moderno 1,997 71 p.
10. Hughes Richard, Subacute Idiopathic Demyelinating Polyradiculoneuropathy. Siete casos estudiados. Arch Neurol 1,992 June 49(3): 612-16 p.
11. Hull David, et.al. Pediatría esencial. Manual Moderno, S.A. México 1,991 373-374 p.
12. Kempe Henry C. Diagnostico y Tratamiento Pediátrico. 7ma edición México, Editorial Manual Moderno 1,997 696-697 p.
13. Kumate Jesús, et.al. Manual de infectología clínica. Edición: 15 1,998 221-227 p.
14. Krusen Hammanod et.al. Medicina Física y Rehabilitación 3ra. Edición, Editorial Panamericana 1,987 739-742 p.
15. Meneguelo R. J. Tratado de pediatría. 5ta Edición, México Editorial Panamericana 1,997 2180-81 p.
16. Menkes H. John. Child Neurology. 2da edición, Filadelfia. Editorial Lea. & Febiger 396-400 p.
17. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Guillaín-Barré Syndrome. Maryland 1,997 Nov. 5 p (NIH publicación # 98-2902).
18. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. The Utility of therapeutic plasmapheresis. For Neurological Disorders. Maryland 1,986 June 16 p.

19. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Intravenous Inmunoglobulin: Prevention and Treatment of Disease. 1,990 May 19 p.
20. Rantala H. et.al. Occurrence Clinical Manifestations, and Prognosis of Guillain-Barré Syndrome. Archives of Disease in Childhood 1,991 Feb 66, 706-709 p.
21. Trininalli Krone Ruiz Medicina de Urgencias. 3ra Edición Editorial Mc Graw-Hill Interamericana 1,992 987 p.
22. Vajsar Jiri, et.al. Somatosensory evoked potentials and nerve conduction studies in patients with Guillain-Barré syndrome. Veintitres casos estudiados. Brain & Development 1,992 July 14 (5) 315-18 p.
23. Valenzuela H. Rogelio. et.al. Manual de Pediatría. 10 edición, editorial Interamericana México. 1,985 467-468 p.

## **XIII. ANEXOS**