



## ORIGINALES

### Síndrome de Guillain Barré: perfil clínico epidemiológico y asistencia de enfermería

Síndrome de Guillain Barré: perfil clínico epidemiológico e assistência de enfermagem  
Guillain Barré syndrome: epidemiological clinical profile and nursing care

Denise de Fátima Hoffmann Rigo<sup>1</sup>

Claudia Ross<sup>2</sup>

Lili Marlene Hofstätter<sup>2</sup>

Maria Fernanda Azevedo Pompilio Leonel Ferreira<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Enfermera Residente de la Universidad Estadual del Oeste de Paraná. Brasil.  
[denisehoffmannrigo@yahoo.com.br](mailto:denisehoffmannrigo@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Docente de Enfermería de la Universidad Estadual del Oeste de Paraná. Brasil.

<sup>3</sup> Médica de la división de Vigilancia Epidemiológica de la Prefectura Municipal de Cascavel. Brasil.

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.19.1.366661>

Recibido: 8/03/2019

Aceptado: 23/06/2019

### RESUMEN:

**Introducción:** El Síndrome de Guillain-Barré (SGB) se considera una polineuropatía inflamatoria aguda.

**Objetivo:** Conocer las características sociodemográficas, clínicas epidemiológicas y asistenciales de pacientes internados con SGB en un hospital escolar del Oeste de Paraná.

**Metodología:** Se trata de una investigación cuantitativa, retrospectiva acerca de la caracterización sociodemográfica, clínica epidemiológica y asistencial de pacientes internados con SGB en un hospital escolar en el período de 2013 a 2017. Totalizando 23 pacientes cuyos prontuarios electrónicos fueron analizados. Todos los análisis estadísticos se realizaron en el programa XLStat (2010).

**Resultados:** La mayoría de los pacientes presentó edades entre 51 y 60 años (31,12%), seguidas de las edades de 41 a 50 años (13,04%) y menores de 15 años (13,04%), sexo masculino (60, 87), con gran parte presentando síntomas infecciosos previos como mialgia, cefalea, fiebre, diarrea. Los síntomas referentes a SGB presentados en el período de 4 a 9 días antes de la internación englobó la forma ascendente, simétrica, con disminución de la fuerza muscular. Durante la internación fueron sometidos a procedimientos como cateterismo vesical y punción venosa periférica. Entre los exámenes de laboratorio se destacó el hemograma y diagnóstico a la electroneuromiografía. El tratamiento principal fue la inmunoglobulina. La mayoría de los pacientes presentó alta dependencia de asistencia de enfermería conforme sistema de clasificación de pacientes de Fugulin.

**Conclusión:** El desarrollo de estudios que propician el conocimiento de la caracterización de un grupo específico de pacientes atacados por una enfermedad considerada rara, se constituyen en instrumentos para la planificación en salud.

**Palabras clave:** Síndrome de Guillain-Barré; epidemiología; Hospitales de Enseñanza.

## RESUMO:

**Introdução:** A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é considerada uma polineuropatia inflamatória aguda.

**Objetivo:** Conhecer as características sócio demográficas, clínica epidemiológicas e assistenciais de pacientes internados com SGB em um hospital escola do Oeste do Paraná.

**Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, retrospectiva acerca da caracterização sócio demográfica, clínica epidemiológica e assistencial de pacientes internados com SGB em um hospital escola no período de 2013 a 2017. Totalizando 23 pacientes cujos prontuários eletrônicos foram analisados. Todas as análises estatísticas foram realizadas no programa XLStat (2010).

**Resultados:** A maioria dos pacientes apresentou idades entre 51 e 60 anos (31,12%), seguidas das idades 41 a 50 anos (13,04%) e menores de 15 anos (13,04%), sexo masculino (60,87), com grande parte apresentando sintomas infecciosos prévios como mialgia, cefaleia, febre, diarreia. Os sintomas referentes a SGB apresentados no período de 4 a 9 dias antes da internação englobou a forma ascendente, simétrica, com diminuição da força muscular. Durante a internação foram submetidos a procedimentos como cateterismo vesical e punção venosa periférica. Entre os exames laboratoriais destacou-se o hemograma e diagnóstico a eletroneuromiografia. O tratamento principal foi a imunoglobulina. A maioria dos pacientes apresentou alta dependência para assistência de enfermagem conforme sistema de classificação de pacientes de Fugulin.

**Conclusão:** O desenvolvimento de estudos que propiciam o conhecimento da caracterização de um grupo específico de pacientes acometidos por uma doença considerada rara, constituem-se em instrumentos para o planejamento em saúde.

**Palavras-Chave:** Síndrome de Guillain-Barré; Epidemiologia; Hospitais de Ensino.

## ABSTRACT:

**Introduction:** Guillain-Barré syndrome (GBS) is considered an acute inflammatory polyneuropathy.

**Objective:** To know the socio-demographic, clinical epidemiological and care characteristics of patients hospitalized with GBS in a school hospital in the West of Paraná.

**Methodology:** This is a quantitative, retrospective study about the socio-demographic characterization, clinical epidemiology and care of hospitalized patients with GBS in a school hospital from 2013 to 2017. Totaling 23 patients whose electronic records were analyzed. All statistical analyzes were performed in the XLStat program (2010).

**Results:** The majority of the patients presented ages ranging from 51 to 60 years (31.12%), followed by ages 41 to 50 (13.04%) and under 15 (13.04%), male (60.87) , with most presenting previous infectious symptoms such as myalgia, headache, fever, diarrhea. The symptoms related to GBS presented in the period from four to nine days before admission included the ascending, symmetrical form with a decrease in muscle strength. During the hospitalization they underwent procedures such as bladder catheterization and peripheral venous puncture. Among the laboratory exams, the blood test and diagnosis of electro-urography were highlighted. The main treatment was immunoglobulin. Most of the patients presented high dependence for nursing care according to Fugulin's patient classification system.

**Conclusion:** The development of studies that allow the knowledge of the characterization of a specific group of patients affected by a disease considered rare, constitute instruments for health planning.

**Key words:** Guillain-Barré syndrome; Epidemiology; Hospitals of Teaching.

## INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Guillain-Barré (SGB) es considerado una polineuropatía inflamatoria aguda con mayor ocurrencia en la actualidad, presentándose, generalmente, como una paresia flácida simétrica ascendente y arreflexa.<sup>(1)</sup>

En cuanto a la incidencia ésta puede variar según región geográfica y sexo. En países occidentales la incidencia varía de 0,89 a 1,89 por 100.000 personas (promedio de 1,11) y en niños de 0,5 a 1,5 por 100.000 personas, con discreto predominio en el sexo masculino. Se observa un aumento del 20% de probabilidad de adquirir la enfermedad 10 años después de la primera década de vida. La mayoría de los casos son precedidos por infecciones del tracto respiratorio superior o por diarrea, ocasionadas por cuadros virales. Los principales agentes etiológicos asociados son

Campylobacter jejuni (hasta el 30% de los casos) y el citomegalovirus (en hasta el 10% de los casos). En el diagnóstico clínico, el examen neurológico indica debilidad simétrica de los miembros inferiores con reflejos osteotendinosos ausentes o disminuidos y dolor. Los principales exámenes complementarios son la electroneuromiografía (ENMG) y el análisis del líquido cefalorraquídeo, siendo que en el primero ocurren alteraciones específicas para cada forma clínica de la enfermedad y en el segundo la disociación albuminocitológica.<sup>(2)</sup>

En Cascavel / PR ocurrió un aumento de casos de SGB en los años de 2007 y 2008, con registros de 2,1 y 4,5 casos por 100.000 habitantes en los períodos de agosto / 2006 a julio / 2007 y de agosto / 2007 a julio / 2008, respectivamente, sobrepasando la incidencia recomendada de 1 caso / 100.000 habitantes. Frente al contexto de la enfermedad en el Estado de Paraná, la Secretaría de Estado de Salud de Paraná, a partir de 2016 determinó la notificación obligatoria de la enfermedad e implantó el protocolo estadual para vigilancia de la SGB y otras enfermedades neurológicas agudas graves postinfecciosas en el Estado.<sup>(3)</sup>

La SGB es una patología considerada rara, siendo en general su incidencia anual baja, pero es una enfermedad que ocurre a nivel mundial e independiente de factores como edad, sexo, clase social y hábitos de vida. Es una enfermedad de rápida evolución, cuya recuperación y curación pueden ocurrir dentro de semanas a meses, con complicaciones y evolución para forma potencialmente mortal, exigiendo diagnóstico rápido. A pesar de la gravedad la SGB presenta buen pronóstico, con aproximadamente el 95% de los casos recuperándose por completo y solo 2 a 5% evolucionando hacia la muerte, no habiendo, sin embargo, perspectivas de recuperación después de dos años de evolución de la patología.<sup>(4,5)</sup>

En esta coyuntura, el presente estudio objetivó conocer las características socio demográficas, clínicas epidemiológicas y asistenciales de pacientes internados con SGB en un hospital escuela del Oeste de Paraná en el período de 2013 a 2017.

## METODOLOGÍA

Se trata de una investigación cuantitativa, retrospectiva, descriptiva que presenta una caracterización sociodemográfica, clínica epidemiológica y asistencial de pacientes internados con SGB en un hospital escolar del Oeste de Paraná a partir de registros electrónicos. Actualmente, este hospital cuenta con 210 camas activas, siendo de referencia en la región Oeste para la atención de traumatología y neurología abarcando 25 municipios que componen la 10ª Regional de Salud de la Secretaría de Salud del Estado de Paraná - PR (SESA-PR).<sup>(6)</sup>

La búsqueda de pacientes con el diagnóstico de SGB fue realizada primero por la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CID 10 - G61.0 SGB)<sup>(7)</sup> en el sistema de pronóstico electrónico Tasy Philips (sistema de gestión en salud hospitalaria) y posteriormente confirmada por el listado de liberación de inmunoglobulina de la farmacia central del hospital referentes al período de enero de 2013 a diciembre de 2017. Los datos obtenidos en la primera búsqueda fueron cruzados con estos últimos para asegurar que no ocurrirían pérdidas de pacientes / registros. La población de estudio contabilizó inicialmente a 28 pacientes con el diagnóstico de SGB.

El criterio de inclusión para el estudio contempló a todos los pacientes que tuvieron diagnóstico médico para SGB internados en un hospital escolar del oeste de Paraná para el período de estudio. Los criterios de exclusión fueron los de todos los pacientes en cuyos historiales no figuraba evolución del médico neurólogo y / o que no presentaban datos registrados referentes a la caracterización propuesta. De este modo, al final se totalizó 23 pacientes con el diagnóstico de SGB cuyos registros fueron analizados.

La recolección de datos se realizó a partir de los registros en los historiales electrónicos de los pacientes buscando informaciones sociodemográficas, clínicas epidemiológicas y asistenciales pertinentes a las internaciones. El instrumento de recolección de datos fue construido con base en el protocolo de vigilancia de la SGB del Estado de Paraná<sup>(3)</sup> y contempló datos sociodemográficos: sexo, edad, escolaridad, estado civil, profesión, municipio de residencia; datos clínicos epidemiológicos: síntomas previos a la internación, signos y síntomas en la internación y en el alta, exámenes de laboratorio y de imagen realizados; medicamentos utilizados; procedimientos realizados; datos asistenciales basados en la clasificación de Fugulin.<sup>(8)</sup>

Los datos recolectados fueron dispuestos en hojas de Excel para la constitución del banco de datos y posterior análisis descriptivo de los resultados encontrados para la caracterización sociodemográfica, clínica epidemiológica, exámenes y medicamentos utilizados.

Los medicamentos se agruparon según el sistema de clasificación anatómico terapéutico químico (ATC)<sup>(9)</sup> para el segundo nivel, que indica el grupo principal terapéutico.

Los datos asistenciales fueron analizados de acuerdo con el sistema de clasificación de pacientes (SCP) de Fugulin,<sup>(8)</sup> realizada por los enfermeros durante período de internación y registrados en pronóstico electrónico, considerando la primera y última clasificación. Esta clasificación permite evaluar la complejidad asistencial y la evolución del paciente internado. Para eso, se utiliza un instrumento compuesto por doce áreas del cuidado: estado mental, oxigenación, signos vitales, motilidad, deambulación, alimentación, cuidado corporal, eliminación, integridad tisular, terapéutica, curativo, tiempo utilizado en el curativo. Cada área del cuidado evaluado recibe una puntuación de uno a cuatro puntos y la suma de estos puntos varía de 12 a 48, indicando de forma creciente la complejidad asistencial del paciente, correspondiendo a: cuidado mínimo (12 a 17 puntos), cuidado intermedio (18 a 22 puntos); alta dependencia (23 a 28 puntos); cuidado semi-intensivo (29-34 puntos) y cuidado intensivo (35 a 48 puntos).

Después de eso, se aplicó el Test de Chi-cuadrado de Independencia para las variables sociodemográficas, clínicas epidemiológicas, asistenciales, exámenes, y medicamentos, asociándolas con el sexo del paciente, a fin de verificar la asociación entre las mismas. Para las clasificaciones clínicas de la enfermedad en los diferentes momentos (inicio de los síntomas / admisión y período de alta, y para la primera y última clasificación de Fugulin) también se aplicó el Test de Chi-cuadrado de McNemar para evaluar si los períodos de admisión y alta eran estadísticamente diferentes.

Todos los análisis estadísticos se realizaron en el programa XLStat (2010),<sup>(10)</sup> asumiendo un nivel de significancia del 5%, donde  $p < 0,05$  indica que las categorías son estadísticamente diferentes, es decir, "p significativo",  $p > 0,05$  indica que las categorías no son estadísticamente diferentes, son iguales, es decir, "p no significativo".

La investigación fue desarrollada respetando todos los preceptos éticos de acuerdo con la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud (CNS) teniendo un dictamen favorable del Comité de Ética e Investigación (CEP) de la Unineste bajo nº 2.748.437.

## RESULTADOS

Al realizar el análisis descriptivo de los resultados, se pudo observar que dentro del período estudiado tuvimos una distribución de casos ascendente en los años 2013 con 17,5%, 2014 con 21,5%, 2016 y 2017 con 26% respectivamente, con excepción del año 2015 con el 8,69%. La mayoría de los casos presentaron edades entre 51 y 60 años (31,12%), seguidas de las edades 41 a 50 años (13,04%) y menores de 15 años (13,04%). Del total, el 60,87% eran del sexo masculino y el 39,13% del femenino, presentando, en su mayoría, estado civil casado (65,22%) y religión católica (65,22%). En cuanto a la escolaridad, el 39,13% no presentó tal dato en registro, el 26,09% poseía Enseñanza Fundamental completa y 13,04% Enseñanza Fundamental incompleta. El municipio de residencia de la ciudad de Cascavel-PR fue el más frecuente (56,52%) seguido de Campina da Lagoa y Santa Tereza do Oeste con 8,70%. En cuanto a la profesión de los pacientes, el 60,87% no presentó este dato en registro, el 13,04% eran labradores y el 8,70% del hogar. Por último, el 100% de los pacientes tuvo un desenlace de alta hospitalaria.

En cuanto a los síntomas generales previos a la internación, la mayoría de los pacientes presentó mialgia (73,91%), cefalea (56,52%), fiebre (39,13%) diarrea y disfagia (17,39%), respectivamente.

En cuanto al período de inicio de los síntomas hasta la admisión / internación hospitalaria del paciente, la mayoría de éstos duró entre 4 a 6 días (34,78%), después por 7 a 9 días (21,74%) y 1 a 3 días (17,39%). En el 86,96% de los casos se verificó la presencia de deficiencia motora, principalmente de forma ascendente y simétrica (69,57%). En el 95,65% ocurrió la disminución de la fuerza muscular, siendo que de éstos, 47,83% fue en miembros inferiores (MMII) y 43,48% en MMII y miembros superiores (MMSS). Alrededor del 34,78% de los pacientes presentaron disminución del tono muscular, 26,09% comprometimiento de musculatura cervical, 21,74% de musculatura respiratoria, y 17,39% de musculatura de la cara. Sólo el 8,70% de los pacientes permanecieron internados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (Tabla 1).

En lo que se refiere al tiempo de internación se obtuvo un promedio de 34 días, variando entre el mayor tiempo de 81 días y el menor tiempo de 5 días de permanencia hospitalaria.



**Tabla 1** - Frecuencias absolutas (FA) y relativas (FR%) del período de inicio de los síntomas hasta la admisión de los pacientes con SGB \* (NA: no se aplica, Miembros inferiores (MMII), Miembros superiores (MMSS)).

Variables	Respuestas	FA	FR %
Período de los síntomas al internamiento (días)	1 a 3	4	17,39
	4 a 6	8	34,78
	7 a 9	5	21,74
	10 a 12	1	4,35
	13 a 15	1	4,35
	16 a 19	1	4,35
	Superior a 20	3	13,04
Presencia de deficiencia motora	No	3	13,04
	Sí	20	86,96
Si es así, ¿cuál?	Ascendente	1	4,35
	Ascendente y Simétrica	16	69,57
	Hacia Abajo	4	17,39
	NA	2	8,70
Disminución de la fuerza muscular	No	1	4,35
	Sí	22	95,65
Lugar	MMII	11	47,83
	MMII e MMSS	10	43,48
	MMSS	2	8,70
Disminución del tono muscular	No	15	65,22
	Sí	8	34,78
Compromiso de la musculatura respiratoria	No	18	78,26
	Sí	5	21,74
Compromiso de la musculatura cervical	No	17	73,91
	Sí	6	26,09
Compromiso de la musculatura de la cara	No	19	82,61
	Sí	4	17,39
Internación en la UCI	No	21	91,30
	Sí	2	8,70

Fuente: Datos de la encuesta, 2018.

\* SGB: Síndrome de Guillain-Barré.

En relación al período de alta hospitalaria, el 65,22% de los pacientes con SGB aún presentaban deficiencia motora, siendo la mayoría ascendente y simétrica (47,83%). El mismo fue observado para la disminución de la fuerza muscular (73,91%), principalmente en MMII (47,83%). Sólo el 8,70% de los pacientes presentaban disminución del tono muscular, y apenas el 4,35% comprometido de la musculatura de la cara. Ninguno de éstos mostraba compromiso de la musculatura respiratoria y cervical (Tabla 2).

**Tabla 2** - Frecuencias absolutas (FA) y relativas (FR%) en el período del alta hospitalaria de los pacientes con SGB (NA: no se aplica, MMII, MMSS).

Variables	Respuestas	FA	FR %
Presencia de deficiencia motora	No	8	34,78
	Sí	15	65,22
	Ascendente	1	4,35
Si es si, ¿cuál?	Ascendente y simétrica	11	47,83
	Descendente	4	17,39
	NA	7	30,43
Diminución de la fuerza muscular	No	6	26,09

	Sí	17	73,91
	MMII	11	47,83
Local	MMSS	1	4,35
	MMSS y MMII	5	21,74
	NA	6	26,09
Diminución del tono muscular	No	21	91,30
	Sí	2	8,70
Com	No	23	100,00
prometimiento de la musculatura respiratoria	Si	0	0,00
Comprometimiento de la musculatura cervical	No	23	100,00
	Sí	0	0,00
Comprometimiento de la musculatura de face	No	22	95,65
	Sí	1	4,35

Fuente: Datos de la Investigación, 2018.

\*SGB: Síndrome de Guillain-Barré.

De los pacientes portadores SGB, la minoría presentó comorbilidades como: hipertensión arterial (26,09%), cáncer (13,04%) y diabetes mellitus (4,35%).

En el período de internación, se verificó que los procedimientos más frecuentemente realizados en los pacientes fueron un sondeo vesical de demora (69,57%) y punción de catéter venoso periférico (100%), siendo los demás procedimientos (Intubación orotraqueal, sondaje nasogástrico, drenaje de tórax y punción de catéter venoso central) realizados en menos del 13% de los casos.

Al analizar la asociación de los síntomas previos de las variables relacionadas a la internación, inicio de los síntomas hasta el período de internación, síntomas que los pacientes presentaban en el momento del alta hospitalaria, diferentes comorbilidades y procedimientos realizados en el período de la internación y sus asociaciones con los diferentes sexos no hubo asociación estadística significativa ( $p > 0,05$ ).

Sobre los exámenes de laboratorio se observó que todos los pacientes realizaron hemograma; 95,65% exámenes de glucosa, potasio, sodio, tiempo de tromboplastina parcialmente activada (KPTT) y proteína C reactiva (PCR); 91,30% exámenes de transaminasa glutámico-pirúvica (TGP), transaminasa glutámico-oxalacética (TGO), tiempo de protrombina (TAP) y urea; 82,61% de bilirrubina total y fracciones, cloro, creatinina y rutina de liquor; 65,22% Velocidad de Hemosedimentación (VHS) y Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) en el líquido cefalorraquídeo; 60,87% pro-calcitonina; 56,52% ácido láctico y gasometría; y el 52,17% de magnesio. Otros exámenes se realizaron con menor frecuencia (menos del 50%).

En cuanto a los exámenes de imagen y diagnóstico, el único realizado en la mayoría de los pacientes fue la electromiografía (90,48%), seguida de la tomografía de cráneo (45,45%) y RX de tórax (31,82%).

Al analizar la clase de medicamentos utilizados y la cantidad ingerida de las mismas, se verificó que: 91,30% de los pacientes utilizaron un medicamento de la clase "J06" (inmunoglobulinas); 78,26% un medicamento de la clase "A03" (Agentes Antiespasmódicos, anticolinérgicos y propulsivos); 73,91% un medicamento de la clase "B01" (agentes antitrombóticos); 60,87% un medicamento de la clase "N02" (analgésicos); 52,17% un medicamento de la clase "M01" (anti-inflamatorios); 52,17% dos medicamentos de la clase "A02" (antiácidos e inhibidores de la bomba de protones); 47,83% un medicamento de las clases "C02" (antihipertensivos) y "C03"

(diuréticos); 39,13% entre uno y dos medicamentos de la clase "B05" (Sustitutos de la sangre y soluciones para perfusión).

Para evaluar la complejidad asistencial de los pacientes portadores de SGB se realizó la recolección de datos a partir del registro del sistema de clasificación de pacientes (SPC) de Fugulin, siendo que 21 pacientes presentaron esa clasificación disponible en pronóstico electrónico.

Cuando se realizó el análisis de la primera y de la última clasificación de Fugulin del paciente, no se observó diferencia estadística ( $p > 0,05$ ) haciendo los dos períodos estadísticamente iguales.

En comparación con los pacientes que mantuvieron, mejoraron o empeoraron su clasificación en la primera y última evaluación, se verificó que en la clasificación de Fugulin sólo el 20% de los pacientes presentaron mejora del cuadro y el 80% mantuvo la clasificación de alta dependencia. Entre las áreas de cuidado evaluadas para clasificar al paciente se verificó un 10% de mejora significativa para integridad tisular, siendo para las demás áreas menos del 5% de mejora. La oxigenación fue el área que más demostró deterioro significativo (20%) (Tabla 3).

**Tabla 3** - Frecuencias relativas (FR%) y porcentaje de mantenimiento, mejora y empeoramiento de las áreas evaluadas en la clasificación de Fugulin, para la primera y la última clasificación de los pacientes con SGB. p: valor de la prueba de McNemar.

Áreas del cuidado	Respuestas	1º clasificación FR %	Última clasificación FR %	Situación	p-valor
Estado mental	Orientado	100	100	100% mantenido	*
	No depende del oxígeno	95	80	75% mantenido	
Oxidación	Uso intermitente de máscara o catéter	5	20	5% mejora 20% empeoramiento	0,371
	Control de 4 en 4 horas	5	0	95% mantenido	
Signos vitales	Control de rutina, o de 6 en 6 horas	95	100	5% mejora	*
	Dificultad a la incapacidad para moverse	20	20	90% mantenido	
Motilidad	Ninguna poca limitación de movimientos	80	80	5% mejora	1
				5% empeoramiento	
Deambulación	Deambula sin ayuda, o restringido en la cama	75	80	95% mantenido	1
	Necesita ayuda para deambular	25	20	5% mejora	
Comida	Autosuficiente o por boca, con ayuda	95	95	100% mantenido	*



	Enteral	5	5	-	
	Autosuficiente	10	10	100% mantenido	
Cuidado Corporal	Baño e higiene oral ayudados por la enfermería	90	90	-	*
	Uso de cuñal o eliminación en la cama	0	5	95% mantenido	
Eliminación	Cuña, eliminación en el lecho y uso de CVD	70	60	5% mejora	1
	Autosuficiente o uso del vaso con ayuda	30	35	-	
	Piel íntegra	90	100	90% mantenido	
Integridad del tejido	Destrucción dermis, epidermis o evisceración	10	0	10% mejora	*
Terapia	IV Intermitente	100	100	100% Mantenido	*
Aderezo	Sin curativo	100	100	100% Mantenido	*
Tiempo utilizado en el vendaje	Sin curativo	100	100	100% Mantenido	*

Fuente: Datos de la encuesta, 2018.

(\*): p-valor no pudo ser calculado debido a la presencia de líneas sólo con valores cero o iguales entre los diferentes tiempos.

## DISCUSIÓN

El presente estudio busca caracterizar pacientes internados en un hospital escolar atacados por la SGB. Se destaca que en revisión de literatura acerca de la temática se verificó una baja producción científica nacional lo que dificultó la discusión de los resultados. Para eso, se buscó referencial disponible que más se aproximara a la realidad estudiada.

Los hallazgos de este estudio presentaron una caracterización sociodemográfica de 23 pacientes que mostró predominancia del sexo masculino (n: 14, 60,87%) seguido del sexo femenino (n: 9, 39,13%), abarcando grupo de edad entre 51 y 60 años (n = 9,

31,12%), seguida de 41 a 50 años (n: 3, 13,04%) y menores de 15 años (n = 3, 13,04%).

El estudio realizado en Alemania con un total de 73 pacientes con SGB, mostró el predominio de 42 hombres frente a 31 mujeres, variando la edad entre 22 a 80 años.<sup>(11)</sup>

En un estudio realizado en el mismo hospital escuela de esta investigación en el período de 2009 a 2012 se verificó variación en la distribución de edad, en el cual de un total de 8 pacientes, 3 (37,5%) presentaron edades entre 20 a 30 años, 2 (25 %) entre 50 a 60 años de edad, 1 (12,5%) menor de 20 años, 1 (12,5%) menor de cinco años, y 1 (12,5%) entre 40 a 49 años. En cuanto al sexo identificaron que los pacientes investigados en el período no presentaban diferencia para la variable sexo, siendo el 50% para el sexo masculino y femenino, respectivamente.<sup>(12)</sup>

Se observa en el transcurso de los años que hubo un cambio en el perfil socio demográfico de los pacientes afectados por la SGB internados en la institución de estudio, apuntando un crecimiento del número de casos de SGB en hombres y adultos mayores de 41 años.

Los resultados que engloban los síntomas generales previos a la internación, señalaron que la mayoría de los pacientes presentó: mialgia (73,91%), cefalea (56,52%), fiebre (39,13%) diarrea y disfagia respectivamente (17,39 %). En este ínterin, el período de duración de los síntomas hasta la admisión / internación, en la mayoría de los pacientes fue de 4 a 6 días (34,78%), seguido por 7 a 9 días (21,74%). Estudios recientes muestran que los síntomas de la SGB se manifiestan entre una y cuatro semanas, después de infección viral o bacteriana.<sup>(13)</sup>

Se destaca que los microorganismos frecuentemente correlacionados con SGB son *Campylobacter jejuni*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, citomegalovirus, virus Epstein-Barr y cuadro gripal, cuyas manifestaciones clínicas contemplan síntomas como mialgia, cefalea, fiebre y diarrea.

Al analizar los resultados relacionados a la clínica de los pacientes se observó en el 86,96% de los casos la presencia de deficiencia motora, principalmente de forma ascendente y simétrica (69,57%), con disminución de la fuerza muscular (95,65%), y en la mayoría de los pacientes no hubo disminución del tono muscular, compromiso de la musculatura respiratoria, cervical y de la cara. El estudio corrobora con los resultados encontrados indicando que los síntomas predominantes en la fase aguda de la enfermedad son: debilidad muscular, parálisis, falta de sensibilidad, adormecimiento, dolor y disminución de los reflejos que normalmente alcanzan los pies, piernas, tronco, brazos y manos.<sup>(13)</sup>

El patrón clínico clásico de la SGB es la parálisis ascendente que evoluciona a lo largo de horas hasta días con hormigueo, debilidad, disminución de la sensibilidad en las extremidades, siendo los miembros inferiores más afectados que los superiores. En desacuerdo con los hallazgos en el presente estudio, la literatura señala que la diparesia facial ocurre en el 50% de los individuos afectados. En general, el pronóstico de la enfermedad es bueno, estimándose que el 90% de los pacientes tiene una recuperación funcional completa o permanece con déficit mínimo hasta un año después del inicio del SGB.<sup>(14)</sup>

Entre los procedimientos más realizados en el paciente destacan el sondeo vesical de demora (69,57%) y la punción de catéter venoso periférico (100%), mientras que los demás procedimientos como: intubación orotraqueal, sondaje nasogástrico y drenaje de tórax, la punción de catéter venoso central se realizaron en menos del 13% de los casos. En gran parte de los casos, la mayoría de las personas que sufren de esta enfermedad, se han reportado casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), fluidos en el pulmón y fallo respiratorio.<sup>(13)</sup>

En los exámenes de laboratorio se observó que los principales exámenes realizados en los pacientes fueron hemograma, glucosa, potasio, sodio, tiempo de tromboplastina parcialmente activada (KPTT), proteína C reactiva (PCR), transaminasa glutámico-pirúvica (TGP), transaminasa glutámica (TCO), tiempo de protrombina (TAP), urea, bilirrubina total y fracciones, cloro, creatinina y rutina de líquido cefalorraquídeo, Velocidad de Hemosedimentación (VHS), Venereal Research Laboratory (VDRL) en el líquido cefalorraquídeo, pro calcita. Los exámenes de laboratorio ayudan en el diagnóstico, tratamiento y manejo adecuado de la enfermedad y de los pacientes.

La interpretación de laboratorio en la rutina del cuidado es extremadamente importante, a fin de auxiliar en la detección de alteraciones del organismo frente a la patología, por tanto, los exámenes identificados en este estudio, como la creatinina y la urea están indicados para evaluación de función renal; el potasio y el sodio para la detección de cambios hidroelectrolíticos; el PCR como marcador de infección / inflamación; TAP y KPTT para la evaluación de la hemostasia; TGO y TGP para evaluación de función hepática; y la glucosa para cambios glucídicos. El hemograma, examen solicitado para todos los pacientes del estudio, permite la evaluación del paciente de forma sistémica.<sup>(15)</sup> Y el examen de líquido cefalorraquídeo para verificar la disociación proteína-célula presente en la SGB.<sup>(16)</sup>

El diagnóstico y el seguimiento de la SGB se basan en un conjunto de datos clínicos, de laboratorio y exámenes de imagen y diagnóstico. Se verificó que el único examen realizado en la mayoría de los pacientes fue la electromiografía (90,48%), seguida de la tomografía de cráneo (45,45%) y de la radiografía de tórax (31,82%).<sup>(16)</sup> La tomografía computarizada de cráneo, debido al uso del contraste, aumenta la capacidad de diferenciación entre los tejidos, facilitando la visualización de lesiones cuando se compara con imágenes no contrastadas adquiridas previamente, y con eso acompañar la evolución del paciente e intervenir con mayor eficacia. El seguimiento de la condición pulmonar del paciente con SGB puede ser realizado por medio de la radiografía de tórax permitiendo detectar alteraciones tempranas como neumonías derivadas del cuadro de parálisis respiratoria y restricción en la cama.<sup>(17)</sup>

En el análisis de los medicamentos se verificó que la clase de inmunoglobulinas (91,30%) fue la más utilizada en los pacientes. En Brasil, incluso en otros países, la inmunoglobulina es el tratamiento de primera elección para SGB por ser considerado más seguro, de fácil administración, eficiente, con menos eventos adversos, costo más accesible, y el único medicamento disponible en la Relación Nacional de Medicamentos Esenciales (RENAME) a los pacientes por el Sistema Único de Salud (SUS).<sup>(13)</sup> Otra opción terapéutica no comúnmente utilizada en Brasil es la plasmaferesis, debido al hecho de que presenta eventos adversos como hipotensión, trombofilia y otros.<sup>(5)</sup> Ambos tratamientos presentan una eficacia similar, promoviendo la recuperación más rápida del paciente, cuando se comparan con el tratamiento conservador (no usar ninguno de los dos), principalmente en la aceleración de la

recuperación motora. Se resalta que la combinación de las dos modalidades terapéuticas no está indicada, ya que esto no confiere una mejora adicional al paciente.<sup>(18)</sup>

Los demás medicamentos utilizados fueron de la clase de los agentes antiespasmódicos, anticolinérgicos y propulsivos y agentes antitrombóticos, analgésicos y antiinflamatorios. Los dolores en la SGB son neuropáticos de origen nociceptivo que resulta de una disfunción de las vías de transmisión del impulso nervioso del dolor, en el cual el estímulo doloroso ocurre de forma crónica. Este cuadro justifica el uso de analgésicos y antiinflamatorios, pero esta clase de medicamentos cuando en un uso continuo, afecta el sistema gastrointestinal, lo que desencadena el uso de agentes de la clase de antiespasmódicos, anticolinérgicos y propulsivos. El hecho de que los pacientes comúnmente presenten parálisis principalmente de MMII, justifica el uso de medicamentos de la clase de los antitrombóticos, una vez que éstos permanecen encamados.<sup>(19)</sup>

Este estudio también originó resultados que implican en diversos aspectos referentes al proceso de asistencia al paciente con SGB, que necesita ser asistido por un equipo multiprofesional, pero en especial por el equipo de enfermería, pues éste permanece al borde de la cama diariamente teniendo como núcleo de su trabajo la prestación del cuidado directo e indirecto al paciente.

Para eso, es esencial la planificación de acciones y gestión del cuidado, registro de la planificación ejecutada y, finalmente, evaluación del proceso, permitiendo generar conocimientos a partir de la práctica, y principalmente ofrecer asistencia integral y del paciente con SGB. En esta óptica es de extrema importancia utilizar los instrumentos disponibles para consolidar la planificación del cuidado, conociendo el grado de complejidad de la asistencia que una determinada clientela necesita.<sup>(20)</sup>

Cuando se realizó la comparación entre la primera y última clasificación de Fugulin considerando a los pacientes que mantuvieron, mejoraron o empeoraron en esta clasificación se verificó que sólo el 20% presentó mejoría y el 80% mantuvo la clasificación de alta dependencia. Esto expresa que el paciente necesita ayuda en varias áreas del cuidado realizadas por el equipo de enfermería como: movimiento en el lecho, higiene corporal, cuidados de la piel, entre otras, tanto durante la internación como después del alta en su domicilio.

Entre las áreas de cuidado analizadas en la primera y última clasificación de los pacientes se obtuvo un 10% de mejora para integridad tisular, resultando para las demás menos de 5% de mejora. La oxigenación fue el área que más demostró empeoramiento (20%). Este hallazgo es consecuencia del hecho de que la recuperación de los pacientes con SGB de un modo general es lenta y progresiva pudiendo extenderse por días, meses y hasta años.

Aunque los resultados mostraron a todos los pacientes orientados en el tiempo y espacio, no dependientes de oxígeno, con signos vitales estables a intervalos regulares de rutina, éstos presentaron limitaciones importantes como: limitación de movimientos, restricción en la cama, dependencia del equipo de enfermería para baño e higiene oral, uso de cuña, eliminación en el lecho y uso de catéter vesical de demora. Esto requiere mayor atención por parte del equipo de enfermería, teniendo en cuenta que los mismos necesitaron ser sometidos a diversos procedimientos como administración de medicamentos, aspiración de vías aéreas, cateterismo vesical,

cambio de decúbito, higiene y confort, entre otros cuidados. Todo eso exige planificación y dimensionamiento adecuado del equipo para atender las necesidades asistenciales de estos pacientes ya que la complejidad del cuidado es más alta.<sup>(21)</sup>

## CONCLUSIÓN

El desarrollo de estudios que propician el conocimiento de la caracterización de un grupo específico de pacientes afectados por una enfermedad considerada rara, en el cual su etiología exacta todavía es una incógnita, se vuelve de extrema relevancia una vez que se constituyen en instrumentos para la planificación en salud, así como en subsidio a los profesionales de la salud a fin de prestar asistencia de calidad a esta clientela.

El estudio permitió verificar que la mayoría de los casos se concentraron en edades superiores a 40 años, sexo masculino, con signos y síntomas previos a la internación como mialgia, cefalea, fiebre, diarrea y disfagia relacionados a cuadro infeccioso previo. Las señales clásicas de la SGB como la forma ascendente, simétrica y disminución de la fuerza muscular surgieron de 4 a 9 días antes de la internación manteniéndose hasta el alta hospitalaria.

De acuerdo con la clasificación de Fugulin la mayoría de estos pacientes presentaron complejidad asistencial de alta dependencia. La caracterización obtenida en el estudio permite inferir la necesidad de asistencia por un equipo multiprofesional, así como del equipo de enfermería para el cuidado integral. Además, conocer las características sociodemográficas, clínicas epidemiológicas y asistenciales de pacientes con SGB posibilita una planificación más adecuada de la asistencia de enfermería.

Se destaca la dificultad en obtener estudios científicos sobre la SGB y asistencia de enfermería, teniendo en cuenta la baja producción acerca de esa temática, lo que dificultó una discusión más amplia de los resultados obtenidos en la presente investigación. Por lo tanto, se señala una necesidad de ampliación de investigaciones sobre el tema, así como amplia divulgación y aplicación del protocolo estadual, a fin de optimizar el diagnóstico de forma precoz, buscando el inicio rápido de la terapéutica y disminución de secuelas en los pacientes acometidos por la enfermedad.

## REFERENCIAS

1. Matos, AMB. Perfil clínico, epidemiológico, laboratorial e letroneuromiográfico de pacientes com síndrome de guillain barré assistidos no hospital geral de fortaleza. Hospital geral de Fortaleza, Fortaleza 2017.
2. Maranhão LS; Ribas GW; Bandeira M. Síndrome de guillain-barré em paciente pediátrico: relato de caso e revisão da literatura. Rev. Med. UFPR 3(1): 41-44. 2016.
3. Paraná. Protocolo de vigilância da síndrome de guillain-barré e outras doenças neurológicas agudas graves pós-infecciosas. Secretaria De Estado da Saúde Superintendência de Vigilância em Saúde, versão 4.0, 2016.
4. Beneti, GM; Silva DLD. Síndrome de Guillain-Barré. Semina: Ciências Biológicas e Saúde, Londrina, 27(1): 57-69, jan/jun. 2006.
5. Brasil. Portaria SAS/MS nº 1171. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Síndrome de Guillain-Barré, 2015.



6. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNEAS. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/cabecalho\\_reduzido.asp?VCod\\_Unidade=4104802738368](http://cnes2.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=4104802738368). Acesso em: 08 jan 2019.
7. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
8. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN Nº 543/2017, de 18 de abril de 2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília (DF): COFEN; 2017. [cited 2019 jan 30]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017\\_51440.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html)
9. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2016. Oslo, 2016.
10. Addinsoft. Software XLSTAT Versão Anual 2017.19.02. Licença ID 43894 (Node-lock).
11. Derksen A, Ritter C, Athar P, Kieseier BC, Mancias P, Hartung HP, Sheikh KA, Lehmann HCL. Sural sparing pattern discriminates Guillain-Barré syndrome from its mimics. *Muscle & Nerve* Volume [internet] 2014, [cited 2019 Jan 25] 50:780-784. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/mus.24226>
12. Moraes A, Casarolli ACG, Eberhardt TD, Hofstatter LM. Caracterização dos pacientes com síndrome de guillain-barré internados em um Hospital Universitário. *Revista Enfermagem Contemporânea*. [internet] 2015, [cited 2019 Jan 25] Jan./Jun.;4(1):7-11 Available from: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/532>
13. Costa ACD. Síndrome de Guillain-Barré: uma revisão integrativa de literatura e de dados do Sistema Único de Saúde. Universidade de Brasília Faculdade de Ciências de Saúde Departamento de Saúde Coletiva. Brasília, DF 2016
14. Sudulagunta [SR](#), Sodalagunta [MB](#), Sepehrar [M](#), Khorram [H](#), Raja [SKB](#), Kothandapani [S](#), Noroozpour [Z](#), Sham [MA](#), Prasad [N](#), Ensolarado [SP](#), Mohammed [MD](#), Gangadharappa [R](#), Sudarshan [RN](#). Síndrome de Guillain-Barre: Perfil clínico e controle. *Ger Med Sci* [Internet]. 2015; [cited 2019 Jan 25] 13(16). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4576316/>
15. Costa DAG. Interpretação de exames. 2. Ed. São Paulo: Medcel, 2014.
16. Santos SLF, Alves HHS, Prado RMS, Barros KBNT. Parâmetros terapêuticos da síndrome de guillainbarré: uma revisão sistemática de estudos de casos. *RPBeCS*. [internet] 2017, [cited 2019 Jan 25] 4(1):09-17. Available from: <https://docplayer.com.br/57331757-Revista-brasileira-de-pesquisa-em-ciencias-da-saude.html>
17. Souza ABG, Chaves LD, Silva MCM (org.). *Enfermagem em clinica medica e cirúrgica: teoria e prática*. São Paulo (SP): Martinari, 2014.
18. Silva RPA. Síndrome de guillain-barré: Revisão retrospectiva da casuística dos casos hospitalizados no Centro Hospitalar do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto, Jun de 2015.
19. Souza LS, Comarella L. Comparação da eficácia e segurança da gabapentina no tratamento da dor na índrome de guillain-barré. *Revista Saúde e Desenvolvimento* 5(3), jan/jun 2014.
20. Casarolli ACG, Eberhardt TD, Moraes A, Hostätter LM. Assistência de enfermagem na síndrome de guillain-barré. *REVISTA CONTEXTO & SAÚDE IJUÍ EDITORA UNIJUÍ* v. 14 n. 27 JUL./DEZ. 2014 p. 16-22.

21. Nobre IEAM, Barros LM, Gomes MLS et al. Sistema de classificação de pacientes de fugulin: perfil assistencial da clínica médica. Rev enferm UFPE, Recife, 11(4):1736-42, abr., 2017.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia