



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS POR EL
MINISTERIO DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ EN UN HOSPITAL
DE TERCER NIVEL ENTRE LOS AÑOS 2021 AL 2023

COMPLIANCE WITH THE STANDARDS ESTABLISHED BY THE
MINISTRY OF HEALTH FOR THE CARE OF PATIENTS WITH A
DIAGNOSIS OF GUILLAIN-BARRÉ SYNDROME IN A THIRD LEVEL
HOSPITAL BETWEEN THE YEARS 2021 TO 2023

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO

AUTORES

BRYAN EDUARDO ROJAS CORNEJO
LUIS RICARDO HERNANDEZ ECHEVARRIA

ASESOR

GERMAN JAVIER MALAGA RODRIGUEZ

CO-ASESORA

ELSA ROSA NEIRA SANCHEZ

LIMA - PERÚ

2025

JURADO

Presidente: DR. MARTIN ARTURO TIPISMANA BARBARAN

Vocal: DR. LESLIE MARCIAL SOTO ARQUIÑIGO

Secretario: DR. ENRIQUE OSHIRO ROMERO

Fecha de Sustentación: 26 de marzo de 2025

Calificación: Aprobado

ASESORES DE TESIS

ASESOR

DR. GERMAN JAVIER MALAGA RODRIGUEZ

DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE CLÍNICAS MÉDICAS

ORCID: 0000-0002-7828-300X

CO-ASESORA

DRA. ELSA ROSA NEIRA SANCHEZ

DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE CLÍNICAS MÉDICAS

ORCID: 0000-0001-5092-1607

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia: a mi madre Dina, a mi abuela Dina y a mi bisabuela Leonor, quien permanece viva en mis pensamientos y siempre será una fuente de fortaleza para mí. Su apoyo, amor y ejemplo han sido los cimientos que me han permitido superar cada desafío en esta ardua carrera. También lo dedico a mi pareja, Jessyca, cuya compañía y aliento fueron un soporte esencial y una fuente de inspiración para avanzar con confianza en este proceso; así como a su familia, cuya generosidad y respaldo durante este tiempo fueron fundamentales para que pudiera mantener el enfoque y alcanzar este objetivo.

Bryan Eduardo Rojas Cornejo

Dedicado a mi familia: Luisa, Patricia, Sebastián, Eduardo y Cieri. El apoyo y soporte emocional brindados contribuyó a la realización de este proyecto, así como en la culminación del estudio de esta carrera de Medicina. Os estoy muy agradecido.

Luis Ricardo Hernández Echevarría

AGRADECIMIENTOS

Extendemos nuestras más sinceras gratitudes a nuestros asesores académicos, el Dr. Germán Málaga y la Dra. Elsa Neira. Su guía docente fue, indudablemente, las bases que cimentaron el desarrollo de este proyecto de investigación. También al Hospital Cayetano Heredia, en especial, al señor Jorge de la oficina de Archivos, por el tiempo y la paciencia que nos brindó para la búsqueda de los documentos necesarios para realizar el estudio.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Este estudio fue autofinanciado por los autores.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS POR EL
MINISTERIO DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ EN UN HOSPITAL
DE TERCER NIVEL ENTRE LOS AÑOS 2021 AL 2023

COMPLIANCE WITH THE STANDARDS ESTABLISHED BY THE
MINISTRY OF HEALTH FOR THE CARE OF PATIENTS WITH A
DIAGNOSIS OF GUILLAIN-BARRÉ SYNDROME IN A THIRD LEVEL
HOSPITAL BETWEEN THE YEARS 2021 TO 2023

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO

AUTORES

BRYAN EDUARDO ROJAS CORNEJO
LUIS RICARDO HERNANDEZ ECHEVARRIA

ASESOR

GERMAN JAVIER MALAGA RODRIGUEZ

CO-ASESORA

ELSA ROSA NEIRA SANCHEZ

LIMA - PERÚ

2025



15% Similitud estándar

Fuentes

Mostrar las fuentes solapadas

1 Internet

duict.upch.edu.pe

7 bloques de texto 117 pal

2 Internet

repositorio.upch.edu.pe

7 bloques de texto 72 pala

3 Internet

pesquisa.bvsalud.org

7 bloques de texto 60 pala

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS	6
III. MATERIALES Y MÉTODOS	7
IV. RESULTADOS.....	10
V. DISCUSIÓN	15
VI. CONCLUSIONES	22
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24
VIII. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS	30
ANEXOS.....	34

RESUMEN

Antecedentes: El Síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una patología autoinmune del sistema nervioso periférico con repercusión significativa en la salud por su letalidad y secuelas, además de altos costos intrahospitalarios. En el Perú, ocurrieron dos brotes entre los años 2021 y 2023, lo que llevó al Ministerio de Salud a establecer normativas estandarizadas para la vigilancia epidemiológica y el diagnóstico. **Objetivo:** Verificar el cumplimiento de la atención estandarizada por la normativa del MINSA en el Hospital Cayetano Heredia respecto al diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Guillain-Barré. **Métodos y materiales:** Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo. Se revisó las historias clínicas y fichas epidemiológicas de pacientes atendidos en el hospital con diagnóstico de SGB entre 2021 y 2023. La recolección de datos se llevó a cabo mediante una ficha. La información se almacenó en Microsoft Excel 2021 y se analizó con STATA 17. **Resultados:** Se revisó 39 historias clínicas, de las cuales 31 (79,5%) tenían el diagnóstico confirmado de SGB. De estos, 29 (93,5%) contaban con ficha epidemiológica y en 11 (37,9%) se utilizó el formato vigente. Si bien la mayoría de las fichas fueron abiertas dentro de las primeras 48 horas (86,2%), el 65,5% presentaron ítems sin registrar. Respecto al tratamiento, el 83,9% de los pacientes recibió inmunoglobulina endovenosa y el 3,2% recibió plasmaféresis, mientras que el 12,9% no recibió ningún tratamiento, incumpliendo las recomendaciones. Un aspecto relevante, fue constatar que solo el 12,9% de los pacientes que sobrevivieron, recibieron terapia física pos-alta. **Conclusiones:** El cumplimiento de las normativas del MINSA fue parcial, con llenado deficiente en el uso de fichas epidemiológicas, pruebas diagnósticas y tratamientos. Es esencial mejorar la capacitación del personal de salud, la coordinación entre equipos y asegurar recursos adecuados.

Palabras clave

Polineuropatía Desmielinizante Inflamatoria Aguda, Síndrome de Guillain Barré, Polirradiculoneuropatía Aguda Inflamatoria, Polineuritis Infecciosa Aguda, Neuropatía Autoinmune Aguda

ABSTRACT

Background: Guillain-Barré Syndrome (GBS) is an autoimmune disorder of the peripheral nervous system with significant health repercussions due to its lethality and sequelae, as well as high in-hospital costs. In Peru, two outbreaks occurred between 2021 and 2023, leading the Ministry of Health (MINSa) to establish standardized regulations for epidemiological surveillance and diagnosis. **Objective:** Verify compliance with standardized care according to MINSa regulations at Cayetano Heredia Hospital regarding the diagnosis and treatment of Guillain-Barré Syndrome. **Methods and Materials:** A descriptive and retrospective study was conducted. Clinical records and epidemiological forms of patients treated at the hospital with a diagnosis of GBS between 2021 and 2023 were reviewed. Data collection was carried out using a structured form. Information was stored in Microsoft Excel 2021 and analyzed with STATA 17. **Results:** A total of 39 clinical records were reviewed, of which 31 (79.5%) had a confirmed diagnosis of GBS. Among these, 29 (93.5%) had an epidemiological form, and in 11 (37.9%) the current format was used. Although most forms were initiated within the first 48 hours (86.2%), 65.5% had unrecorded items. Regarding treatment, 83.9% of patients received intravenous immunoglobulin, and 3.2% received plasmapheresis, while 12.9% did not receive any treatment, failing to comply with recommendations. Notably, only 12.9% of the patients who survived received post-discharge physical therapy. **Conclusion:** Compliance with MINSa regulations was partial, with deficiencies in the use of epidemiological forms, diagnostic tests, and treatments. It is essential to improve the training of health personnel, enhance coordination between teams, and ensure adequate resources.

Keywords: Guillain-Barré Syndrome; Acute Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy; Acute Inflammatory Polyradiculoneuropathy; Acute Autoimmune Neuropathy

I. INTRODUCCIÓN

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es un proceso autoinmune del sistema nervioso periférico (1) cuya incidencia global, en las últimas décadas, varía entre 0,30 – 6,08 casos por 100 000 habitantes (2). Un estudio nacional que recopiló datos entre 2012 – 2017, describe una incidencia que oscilaba entre 0,62 – 0,92 casos por 100 000 (3). En el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del Perú, estimaron 20 casos mensuales en 2018. En 2019, en un brote sin precedentes que afectó a varias regiones del país, se reportó alrededor de 900 casos, siendo el promedio mensual 75 casos. Este brote fue fuertemente asociado a infecciones por *Campylobacter jejuni*, tal como lo demostró una investigación realizada entre mayo y agosto del 2019, donde evidenciaron un 65% de infección reciente en los pacientes, acompañadas de un inicio rápido de los síntomas y un cuadro clínico predominantemente motor (4). En 2020, se reportaron 448 casos, lo que representa un promedio mensual de aproximadamente 37 casos. A partir de entonces, en los años subsecuentes, el número de casos se volvió a estabilizar en un promedio de 20 casos mensuales. Sin embargo, en la semana epidemiológica 27 del año 2023, se notificaron 191 casos (lo que sugiere un incremento a aproximadamente 31 casos mensuales hasta finalizado junio), esta situación conllevó a la emisión de una alerta epidemiológica en varias regiones del país (5). Hasta la semana epidemiológica 40 del año 2023, la Dirección General de Epidemiología (DGE) reportó un total de 403 casos, de los cuales 108 (26,8%) se diagnosticaron en Lima (6). La letalidad de esta patología es otro parámetro importante, variando entre 0,7% y 8,4% a nivel nacional; sin embargo, es importante considerar que existe un subregistro en los datos reportados, debido a

limitaciones en los sistemas de vigilancia epidemiológica, falta de validación de diagnósticos y posibles deficiencias en la notificación y registro de casos, lo que sugiere que la incidencia y letalidad reales podrían ser mayores a las cifras oficiales (3). Por otro lado, las secuelas motoras pueden perdurar años, a pesar del tratamiento adecuado, lo que conlleva un elevado coste social (7). A nivel del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), establecimiento de salud de referencia de nivel III-1 y con una población asignada aproximada de 3 millones de personas (8), se reportaron 11 casos de SGB hasta el mes de septiembre del 2023, de los cuales 1 se descartó (9). Sin embargo, la DGE menciona que en el HNCH hubo 13 casos de SGB hasta la semana epidemiológica N° 40 (6, 10).

Las guías de práctica clínica y el tratamiento estandarizado de SGB son cruciales para reducir la morbimortalidad, ya que la ausencia de guías nacionales y los altos costos de los tratamientos existentes en relación con los salarios locales contribuyen a peores resultados y tasas de mortalidad más altas en los países de ingresos bajos y medianos (LMIC, por sus siglas en inglés) en comparación con los países de ingresos altos (HIC, por sus siglas en inglés). Además, los modelos actuales para predecir el resultado del SGB pueden no ser válidos en los LMIC debido a las variaciones en la gravedad de la enfermedad, la presentación clínica, los subtipos electrofisiológicos y el manejo (11). La demora diagnóstica y la escasa accesibilidad a un manejo efectivo contribuye a un aumento de la mortalidad y secuelas permanentes. Debido a ello se ha planteado la creación metodologías de bajo costo para el SGB en el contexto de estos países con bajos ingresos (11). La implementación de guías estandarizadas de manejo y tratamiento ha demostrado ser

efectiva en la reducción de la morbimortalidad del SGB, ya que proporcionan un marco estructurado para el diagnóstico temprano, la administración de terapias inmunomoduladoras como la inmunoglobulina intravenosa y el intercambio de plasma, y la rehabilitación integral, lo cual optimiza los resultados funcionales y minimiza las complicaciones (12).

Actualmente, el Ministerio de Salud (MINSA) del Perú ha estandarizado la atención del SGB basado en dos documentos: Una norma técnica de salud (NTS) (13) y una guía de práctica clínica (GPC) (7). La NTS N.º 175-MINSA/2021/CDC “Norma Técnica De Salud para la Vigilancia Epidemiológica y Diagnóstico de Laboratorio del Síndrome de Guillain Barré en el Perú” se decretó el 26 de mayo del 2021 debido al brote ocurrido en años previos. Su objetivo es reforzar la vigilancia epidemiológica y la detección temprana del SGB. Además, de uniformizar la metodología diagnóstica. Este documento, incluye la “Ficha de investigación clínico-epidemiológico de la vigilancia del SGB”, que recopila los datos de la atención del paciente (Desde la detección de un caso sospechoso hasta el resultado clínico del paciente) (13). Por otro lado, el 24 de junio el MINSA emite la Alerta Epidemiológica N° 015–2023 (5) que se basa en la “Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del paciente con síndrome de Guillain-Barré” que fue publicada en el 2020 por un equipo compuesto de médicos de diversas especialidades, neurólogos del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en su mayoría; además de intensivistas, médicos generales, deportólogos, epidemiólogos, entre otros (7). En esta guía se menciona como base diagnóstica y terapéutica la alerta epidemiológica del 2023 (5). No obstante, una carta al editor por autores

peruanos describe los problemas de aplicar el manejo de esta GPC en el contexto nacional, ya que el Perú es un país de bajos ingresos y el manejo del SGB es de alto costo y difícil acceso (14).

Los establecimientos de salud deberían seguir los estándares en diagnóstico y manejo del paciente ya establecidos por el MINSA, ya que supone la reducción de la tasa de mortalidad y el costo social (7). Tanto la Norma Técnica de Salud como la GPC representan documentos con recomendaciones estandarizadas basadas en evidencia y en literatura científica vigente, y el seguimiento de estas recomendaciones supone beneficios en la atención desde diversas perspectivas; empezando por los pacientes, el cumplimiento de las recomendaciones estandarizadas ha demostrado disminuir desenlaces graves, disminuyendo la mortalidad, riesgo de infecciones y mejorar su calidad de vida; para los profesionales de la salud, aumenta la precisión en la toma de decisiones, da alerta ante prácticas clínicas con insuficiente valor científico y proporciona información que fundamenta pautas para la investigación; para los sistemas de salud, son útiles para optimizar la eficiencia en el uso de recursos mediante la estandarización de la atención con terapéuticas beneficiosas y costo-efectivas, reduciendo así la tasa de admisión, evitando la saturación del sistema de salud, también disminuyendo la estancia de hospitalización y otros costes (15).

La adherencia a una GPC por el personal de salud mejora el resultado clínico y pronóstico del paciente. Por ejemplo, en la salud mental (16), las infecciones postoperatorias (17) o el manejo farmacológico de la lumbalgia (18). Hasta el

momento de la redacción, no se encontró un estudio similar que evalúe esta adherencia con el SGB.

Respecto al SGB, después de haber realizado una búsqueda exhaustiva en la literatura, no se han hallado estudios en donde evalúe el cumplimiento de los estándares establecidos sea por una GPC u otros documentos elaborados por el ministerio de salud correspondiente. Dada la importancia de la enfermedad, así como los beneficios que trae para el sistema de salud y para la atención individual, el cumplimiento con la GPC y norma técnica es que decidimos hacer esta verificación en esta enfermedad. Por lo tanto, es importante evaluar si en las atenciones de los pacientes con SGB se cumplen los estándares establecidos por las normativas del MINSA, esto permitiría optimizar la atención de los pacientes tanto en la atención médica como en la optimización de los recursos para el diagnóstico y tratamiento y fomentar la adherencia a guías de práctica clínica para atender a los pacientes con SGB. Por todo lo antes expuesto, nosotros nos planteamos la pregunta de investigación:

¿Los pacientes con diagnóstico de SGB en el Hospital Cayetano Heredia entre los años 2021 y 2023 fueron atendidos según los estándares establecidos por la normativa del MINSA?

El objetivo del estudio es verificar el cumplimiento de los estándares establecidos por el MINSA para el diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Guillain-Barré en el Hospital Cayetano Heredia.

II. OBJETIVOS

Objetivo general:

Verificar el cumplimiento de la atención estandarizada por la normativa del MINSA en el Hospital Cayetano Heredia respecto al diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Guillain-Barré.

Objetivos específicos:

1. Verificar el cumplimiento de la atención de pacientes con SGB con relación a la Norma Técnica que estandarizaba la vigilancia epidemiológica y diagnóstico.
2. Verificar el cumplimiento de la atención de pacientes con SGB con relación a la Guía de Práctica Clínica (GPC) dictada por el MINSA.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de serie de casos.

Población

Se incluyeron las historias clínicas y fichas epidemiológicas de todos los pacientes atendidos en el Hospital Cayetano Heredia como caso sospechoso de Síndrome de Guillain-Barré durante el periodo del 1 de junio del 2021 al 31 de diciembre del 2023.

Criterios de inclusión:

-Historias clínicas y/o fichas epidemiológicas de pacientes con sospecha de Síndrome de Guillain-Barré, cuyo código CIE-10 es G61.0.

Criterios de exclusión:

-Historia clínica y ficha epidemiológica no disponibles.

Definición operacional de variables: Las variables del estudio se centraron en evaluar el cumplimiento de las normativas del Ministerio de Salud para el manejo de los casos de SGB. Estas abarcaron desde la identificación del paciente como caso sospechoso hasta el alta hospitalaria y la rehabilitación, y se expresaron de manera cualitativa nominal (Sí o No). Se incluyeron variables relacionadas con datos sociodemográficos, antecedentes médicos y el diagnóstico según los criterios de Brighton. Además, se evaluaron aspectos de la hospitalización, la severidad del cuadro, el tratamiento recibido, resultados clínicos, secuelas al alta y seguimiento pos-alta. También se consideraron pruebas diagnósticas esenciales como la punción

lumbar y la evaluación electrofisiológica. Las definiciones operacionales detalladas de cada variable se especifican en el Anexo 1.

Procedimientos y técnicas: Una vez obtenidas las autorizaciones de los comités de ética, se realizó la búsqueda de los casos en el Departamento de Estadística del hospital, identificando a los pacientes atendidos con el diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré con el código CIE-10 G61.0 al alta, y se verificaron en el registro del servicio de neurología para asegurar que no se omitiera ningún caso. Posteriormente, se solicitaron las historias clínicas en el archivo del hospital; además, se solicitaron las fichas epidemiológicas de los pacientes identificados en la Oficina de Epidemiología. Los datos obtenidos fueron recogidos en una ficha de recolección de datos (Anexo 2) y cotejados contra los estándares recomendados en la Norma Técnica y la Guía de Práctica Clínica.

El objetivo de la investigación de sistemas de salud es mejorar la racionalidad del proceso de atención y toma de decisiones (19). Esta disciplina se enfoca en analizar y optimizar los componentes y funciones de los sistemas de salud, incluyendo la rectoría, financiación, prestación de servicios y generación de recursos. Busca identificar y evaluar las políticas y prácticas que influyen en la eficiencia, equidad y calidad de la atención sanitaria, con el fin de proporcionar evidencia científica que guíe la toma de decisiones y promueva mejoras en los resultados de salud de la población (20).

La finalidad de nuestro estudio fue verificar el cumplimiento en la atención de estos pacientes con una enfermedad potencialmente mortal, como un intento de lograr la mejora continua del funcionamiento de la institución y del sistema de salud.

Aspectos éticos: Este estudio fue sometido a evaluación por el Comité de Ética del Hospital Cayetano Heredia y el Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Debido a que la investigación se basa en la revisión de historias clínicas y fichas epidemiológicas, no implica riesgos para la salud de los pacientes. Se garantizó la confidencialidad de cada paciente, asignando un código a cada ficha de recolección de datos y manteniendo el anonimato de los pacientes.

Plan de análisis: La recolección de datos se almacenó y organizó en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2021. Posteriormente, el análisis de datos se realizó con el programa STATA 17. Para las variables cuantitativas, se evaluó la distribución de normalidad utilizando la prueba de Shapiro-Wilk, debido al tamaño reducido de la muestra ($n=31$). Las variables que siguieron una distribución normal se expresaron como medias y desviaciones estándar. Las variables que no presentaron una distribución normal se describieron mediante medianas y rangos intercuartílicos (RIC). Las variables cualitativas se presentaron en frecuencias absolutas y porcentajes. Para facilitar la interpretación y visualización de los resultados, se elaboraron tablas y gráficos representativos.

IV. RESULTADOS

El presente estudio evaluó el cumplimiento de las medidas estandarizadas para la atención del paciente con SGB propuestas por el MINSA. Durante la revisión de las historias clínicas en el HNCH, se identificaron 39 registros codificados con el CIE-10: G61.0. Al momento de la revisión, no se hallaron pacientes que cumplieran con algún criterio de exclusión, por lo que se consideraron 39 historias clínicas para el posterior análisis (Gráfico 1).

De estas historias clínicas, 31 (79,5%) tenían el código CIE-10 - G61.0 como diagnóstico de egreso, los 8 (20,5%) casos restantes fueron diagnósticos sospechosos de SGB que egresaron con diagnósticos diferentes a SGB. Para el presente estudio, hemos realizado el análisis de los registros de los casos de los 31 pacientes con diagnóstico confirmado de SGB al alta.

En los 31 pacientes con diagnóstico confirmado de SGB, se verificó que 29 (93,5%) tenían la ficha epidemiológica correspondiente. No se encontró la ficha epidemiológica de dos pacientes, pese a que ingresaron con diagnóstico probable de SGB. De las 29 fichas revisadas, 11 (37,9%) fueron llenadas con el formato vigente establecido en la NT N° 175-MINSA 2021-CDC, mientras que en los 18 restantes (62,1%) se utilizó un formato diferente. La ficha de investigación epidemiológica de 25 pacientes (86,2%) es abierta dentro de las 48 horas posteriores al ingreso hospitalario. En todas las fichas se registraron correctamente la fecha de notificación, la fecha de llenado y la fecha de investigación clínico-epidemiológica. Sin embargo, 19 fichas (65,5%) presentaron omisión de registro de algún ítem.

Asimismo, se verificó el responsable del llenado de la ficha en el área de “Investigador”, encontrándose que 15 fichas fueron llenadas por médicos asistentes de especialidades clínicas, una por un médico epidemiólogo y 15 por médicos residentes.

Dentro de nuestra población se halló a dos pacientes menores de 15 años (6,3%) en quienes, aparte de la ficha epidemiológica de SGB, se les evaluó utilizando la ficha de parálisis flácida aguda, como se recomienda para menores con síntomas similares. En cuanto a la relación de SGB con el virus Zika, se deben realizar pruebas específicas si un paciente cumple con la definición de caso asociado a Zika. En este estudio, ningún paciente cumplió con dicha definición.

La mediana de edad de los pacientes fue de 51 años (RIC: 19). La distribución por sexo fue similar, con 15 hombres (48,4%) y 16 mujeres (51,6%). El grado de instrucción más frecuente fue secundaria completa en 13 pacientes (41,9%), seguido de superior completa en 5 pacientes (16,1%). Respecto a la ocupación, el trabajo independiente predominó en 15 pacientes (48,4%). No se reportaron pacientes gestantes (Ver tabla 1).

En las historias clínicas revisadas se evidenció el registro de la anamnesis completa en los 31 pacientes (100%). Se realizó una evaluación neurológica por el médico especialista en neurología en 30 casos (96,8%). En relación con el diagnóstico, los criterios de Brighton se aplicaron en el 100% de los pacientes. Respecto al nivel de certeza diagnóstica, 13 pacientes (41,9%) alcanzaron un nivel 3, 12 pacientes

(38,7%) un nivel 2 y los 6 pacientes restantes (19,4%) un nivel 1 (especificaciones en Tabla 2). Mientras que la severidad de los casos, evaluada mediante la escala de Hughes al ingreso, mostró que 19 pacientes (61,3%) obtuvieron un puntaje de 4. Al alta, 13 pacientes tenían un puntaje de 3 (41,9%). Además, un paciente (3,2%) obtuvo un puntaje de 6 al alta, este paciente falleció.

En cuanto a los antecedentes patológicos, la infección respiratoria aguda (IRA) fue el antecedente más frecuente, reportado en 13 pacientes (41,9%), la gastroenterocolitis aguda (GECA) se reportó en 2 pacientes (6,5%), mientras que en 13 pacientes (41,9%) no se reportaron antecedentes de patologías previas. No se registró ninguna exposición a agentes tóxicos como organofosforados o metales pesados. Con relación a los antecedentes familiares, un paciente (3,2%) informó que integrantes de su familia habían presentado GECA dentro de las cuatro semanas previas al inicio de los síntomas. Respecto a los antecedentes patológicos crónicos, 20 pacientes (64,5%) no presentaban ninguna enfermedad crónica, mientras que 6 pacientes (19,4%) eran portadores de multimorbilidad. Además, 3 pacientes fueron vacunados en las 4 semanas previas al inicio de la debilidad muscular, un paciente recibió vacuna contra la influenza y 2 pacientes recibieron vacuna contra el coronavirus.

En los exámenes auxiliares recomendados, se realizó punción lumbar (PL) con estudio citológico y bioquímico en 29 pacientes (93,5%); en un caso se reportó solo el estudio citológico. En los 2 pacientes restantes no se hallaron registros de la negativa al procedimiento ni notas de por qué no se realizó. De los 29 pacientes, en

22 casos se realizó la toma de muestra de LCR antes de la administración del tratamiento, mientras que en 3 casos se realizó durante el tratamiento. De los tres pacientes en los que la PL se realizó después de iniciar el tratamiento con inmunoglobulina, el resultado de la PL fue negativo. De estos, solo en un paciente se repitió la PL en la segunda semana. En los dos pacientes que no se repitió la PL no se halló registros de la razón ni tampoco el documento del consentimiento informado de negación en sus historias clínicas.

En 23 pacientes (74,2%) se realizó la evaluación electrofisiológica; de estos, en 20 pacientes (87%) se realizó entre la segunda y cuarta semana desde el inicio de la debilidad, mientras que en los tres restantes se realizó dentro de la primera semana desde el inicio de los síntomas. En los 8 pacientes a quienes no se les realizó la evaluación electrofisiológica, no se hallaron registros de la razón ni el documento con la negativa de los pacientes.

Se realizaron exámenes auxiliares para la determinación del agente etiológico en 21 pacientes (67,7%), los cuales fueron enviados al Instituto Nacional de Salud para su análisis; en 4 de los 21 pacientes (19%) se halló el agente etiológico, detectándose *Campylobacter jejuni* en el hisopado rectal; las demás pruebas fueron negativas.

En relación con el tratamiento, 26 pacientes (83,9%) recibieron inmunoglobulina endovenosa, mientras que solo un caso (3,2%) fue tratado con plasmaféresis. Cuatro pacientes (12,9%) no recibieron ningún tratamiento; uno falleció antes de recibir

terapia específica y en los otros tres no se menciona la razón por la cual no se administró el tratamiento. En ningún caso se administró ambos tipos de tratamiento. La mediana de días desde el ingreso hasta la administración de la inmunoglobulina fue de 1 día (RIC: 2), y la mediana de días de administración de inmunoglobulina fue de 5 días (RIC: 0,5). Respecto al paciente que recibió plasmaféresis, inició 6 días posterior al ingreso, recibiendo 7 sesiones interdiarias.

Ocho pacientes tuvieron la indicación de ingresar a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI); siete pacientes ingresaron y recibieron monitorización de la función respiratoria, cardíaca y neurológica, mientras que el paciente que no ingresó falleció. En total, 6 pacientes (19,4%) requirieron ventilación mecánica. La duración de la hospitalización tuvo una mediana de 13 días (RIC: 7).

Al alta, todos los pacientes que sobrevivieron presentaron secuelas, y en la revisión de las historias clínicas se verificó que 4 pacientes (12,9%) recibieron terapia física luego del alta en la institución.

Dentro de las variables comparativas entre sexos, se observó que en las mujeres el tiempo desde que ingresaron al hospital hasta que recibieron el tratamiento tuvo una media de 3,61 días, lo cual es un 167% mayor en comparación con los varones, cuyo tiempo fue de 1,35 días. Otro dato hallado fue la comparación de la media de los días de hospitalización: las mujeres tuvieron una media de 19,13 días, lo que es un 60,4% mayor en comparación con los varones, cuya media fue de 11,93 días (Tabla 3).

V. DISCUSIÓN

El presente estudio evaluó el cumplimiento de los estándares establecidos por el MINSA para la atención de pacientes con SGB en el HNCH entre junio de 2021 y diciembre de 2023. Los hallazgos revelan deficiencias en la adherencia a las normativas vigentes, lo que podría tener implicaciones directas en la fiabilidad de las estadísticas de la enfermedad, la calidad de la atención y en los desenlaces clínicos de los pacientes.

Un aspecto relevante fue la inconsistencia en el uso y llenado de las fichas epidemiológicas. La NT establece que las fichas deben ser llenadas por el profesional médico que identificó el caso sospechoso de SGB. Además, esta exige la notificación inmediata y la investigación epidemiológica dentro de las primeras 48 horas desde la sospecha o diagnóstico de SGB (13), se observó que solo 29 de los 31 pacientes confirmados (93,5%) contaban con ficha epidemiológica. Además, únicamente 11 fichas (37,9%) utilizaron el formato oficial establecido, mientras que 18 fichas (62,1%) emplearon formatos diferentes, con omisiones en campos esenciales. Las dificultades para el llenado de las fichas pueden deberse a varios factores, como la falta de capacitación del personal médico sobre la importancia y el correcto uso del formato actual, limitaciones en el tiempo disponible para completar los documentos debido a la alta carga laboral, y posibles problemas logísticos o de acceso a dichos formatos. Este incumplimiento dificulta la recopilación de datos de calidad y compromete la fiabilidad de la vigilancia epidemiológica y afecta la capacidad de respuesta ante brotes o incrementos en la incidencia de la enfermedad (5,6).

Es destacable que, de los 39 pacientes evaluados, se cumplió con la elaboración de fichas epidemiológicas en los casos que inicialmente fueron sospechosos, pero, posteriormente descartados durante la hospitalización. Se identificó un error relevante para la vigilancia epidemiológica, en un paciente en quien el diagnóstico de SGB fue descartado y así registrado en la historia clínica, pero la ficha epidemiológica lo registró erróneamente como un diagnóstico confirmado de SGB. Esto evidencia problemas en la coordinación y validación de la información.

Un hecho detectado fue que, en las fichas de pacientes descartados, se halló que presentaban más ítems sin llenar en comparación con las fichas de los pacientes con diagnóstico confirmado. Este tipo de inconsistencias y deficiente cumplimiento del llenado de las fichas pueden afectar las estadísticas oficiales y las decisiones en salud pública, subrayando la necesidad de mejorar la comunicación y coordinación entre los equipos clínicos y epidemiológico (13, 15).

Con relación al diagnóstico, los criterios de Brighton se aplicaron en todos los pacientes confirmados; sin embargo, solo 6 pacientes (19,4%) alcanzaron el nivel 1 de certeza diagnóstica. Esto sugiere limitaciones en la realización de pruebas complementarias recomendadas, como la punción lumbar (PL) y la evaluación electrofisiológica. La GPC y la Norma Técnica recomiendan realizar la PL antes de la administración de inmunoglobulina y repetirla en la segunda semana si el resultado inicial es negativo o si se efectuó durante el tratamiento, ya que el tratamiento puede alterar los resultados bioquímicos y citológicos del análisis del LCR (7, 13). Esto afecta la precisión diagnóstica y el nivel de certeza alcanzado.

La evaluación electrofisiológica es fundamental para clasificar el subtipo de SGB y orientar el manejo terapéutico y el pronóstico (1). A pesar de su importancia, no se realizó en 8 pacientes (25,8%), y en 3 casos (9,7%) se efectuó fuera del periodo óptimo recomendado (entre la segunda y cuarta semana desde el inicio de la debilidad) (7). Las limitaciones en la disponibilidad de recursos, equipamiento o personal capacitado podrían explicar estas deficiencias, lo que resalta la necesidad de fortalecer estas áreas para mejorar la calidad de la atención, especialmente en entornos de ingresos bajos y medianos (11, 14).

La identificación del agente etiológico es crucial para comprender la epidemiología del SGB y desarrollar estrategias preventivas (2, 5, 6). En nuestro estudio solo se logró identificar *Campylobacter jejuni* en 4 de los 21 pacientes (19%) en los que se realizó la búsqueda, recalcando que en 10 (32,3%) esta búsqueda no fue realizada. La baja tasa de detección puede reflejar limitaciones en las pruebas diagnósticas disponibles o en el momento de la toma de muestras.

Respecto al tratamiento, la mayoría de los pacientes (83,9%) recibió inmunoglobulina endovenosa, siguiendo las recomendaciones de la GPC y la Norma Técnica (7, 13). La administración de estas terapias es fundamental para disminuir la progresión del daño nervioso generado por la presencia de autoanticuerpos. Esto se demuestra en medidas objetivas como incremento en la capacidad de caminar sin ayuda después de 4 semanas, recuperación de la fuerza muscular completa luego de un año, mejoría en un grado de la escala de Hughes, reducción del empleo de ventilación mecánica, y menor frecuencia de secuelas

motoras severas, incluso reduciendo mortalidad (7, 12, 13). Sin embargo, 4 pacientes (12,9%) no recibieron ningún tratamiento específico, de los cuales un paciente falleció. Tres de estos pacientes ingresaron al hospital con un puntaje de 4 en la escala de Hughes, lo que, de acuerdo a la GPC, indica la necesidad de terapia inmunomoduladora para aquellos con un puntaje mayor a 2. En cuanto al paciente fallecido, se registró con un puntaje de 2 según la escala de Hughes al ingreso. No obstante, su estado se deterioró rápidamente, progresando a falla ventilatoria dentro de las 24 horas, lo que justificaba la necesidad de ventilación mecánica e ingreso a UCI. Sin embargo, esto no se concretó; entre las razones a considerar, durante la revisión de su historia clínica se encontró la interconsulta a UCI, donde consignaban “no hay disponibilidad de camas”. Estos acontecimientos pueden deberse a la limitación de recursos o la deficiente infraestructura para la realización de estos procedimientos. Estos hallazgos pueden considerarse consecuencia de una deficiente organización e insuficiente logística en el sistema nacional de salud, evidenciando fallas estructurales en la distribución y gestión de recursos, lo que impide la aplicación efectiva de las normativas y afecta negativamente los resultados clínicos (11, 14).

Los pacientes con SGB persisten con secuelas en su evolución y por esto es necesaria la terapia física de rehabilitación (GPC). En nuestro estudio se evidencia que solo 4 pacientes (12,9%) recibieron terapia física de rehabilitación en la institución y no hay registros que la hayan recibido en otra institución. Se registró esta atención, por lo que se puede asumir que el resto de los pacientes presentó una pérdida de oportunidad para prevenir estas secuelas que afectan la calidad, situación

que es más importante debido a que la mediana de edad de nuestra población es de 51 años. Entonces, la carencia de registro de atención puede deberse a una inaccesibilidad geográfica, deficiente administración de la información, la saturación de la demanda del servicio en el establecimiento de salud, así como la atención en otros establecimientos la cual no se registra en el HCH (1, 12). Esta situación, refleja las carencias del sistema de salud, las que deben ser notificadas, para que se tomen las medidas correspondientes de inversión e implementación de recursos en un servicio tan importante como es el de rehabilitación.

Al analizar la comparación de variables de acuerdo con el sexo, se observó que las mujeres tuvieron un mayor tiempo promedio desde el ingreso hasta la administración del tratamiento (3,61 días) vs. (1,35 días), y una mayor duración promedio de hospitalización (19,13 vs. 11,93). Debemos mencionar que también se halló gran variabilidad en los datos, lo que, asociado al tamaño de la muestra y la naturaleza no aleatoria de la muestra, no es posible concluir en diferencias significativas. Sin embargo, existe el antecedente en investigaciones previas, en las que se ha señalado que las mujeres pueden enfrentar retrasos en el diagnóstico y tratamiento debido a diferencias en la presentación clínica o percepción de sus síntomas por parte del personal de salud (21, 22). Debido a la importancia que estas presuntas disparidades en la atención de salud pudieran tener, es importante vigilar estas diferencias y analizarlas de manera objetiva y con metodología apropiada en estudios posteriores.

La realización del presente estudio nos lleva a reflexionar sobre la necesidad de

implementar las guías de práctica clínica, lo cual es indispensable cuando se realiza una GPC para el manejo de una patología. La elaboración de una GPC implica un proceso de implementación que implica la difusión y la capacitación del personal de salud (23). Por otro lado, las deficiencias encontradas en la revisión de los casos, refleja las limitaciones logísticas en el sistema de salud en lo que se refiere a exámenes auxiliares, métodos diagnósticos y disponibilidad de tratamientos oportunos, así como accesibilidad a los mismos de forma equitativa.

Este estudio es único en su enfoque, ya que no se encontraron investigaciones previas que evaluaran el cumplimiento de los estándares establecidos por el MINSA para la atención de pacientes con SGB en Perú. Sin embargo, investigaciones en otras patologías han evidenciado desafíos similares en la adherencia a guías clínicas y normativas, resaltando la necesidad de fortalecer el propio sistema de salud y garantizar el cumplimiento de las prácticas recomendadas para mejorar los desenlaces en los pacientes (15, 16, 18).

Las limitaciones de este estudio incluyen su diseño retrospectivo y la dependencia de la calidad de los registros clínicos y epidemiológicos. La variabilidad y falta de uniformidad en los formatos de las fichas epidemiológicas dificultaron la recopilación y análisis de la información. Además, al ser un estudio realizado en un solo centro, los resultados pueden no ser extrapolables a otras instituciones. No obstante, los hallazgos proporcionan una visión valiosa de las áreas que requieren mejora en la implementación y adherencia a las normativas y prácticas clínicas para el manejo del SGB. Estos resultados subrayan la importancia de mejorar la

capacitación del personal de salud, optimizar los sistemas de documentación y comunicación, y asegurar la disponibilidad de recursos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, adecuados para atender a pacientes con SGB de manera efectiva y oportuna.

VI. CONCLUSIONES

- Se evidenció cumplimiento parcial de las normativas establecidas por el Ministerio de Salud para la atención de pacientes con Síndrome de Guillain-Barré en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.
- La aplicación tardía e incompleta de pruebas diagnósticas esenciales, como la punción lumbar y la evaluación electrofisiológica, limitó la confirmación diagnóstica oportuna.
- El 12,9% de pacientes, no recibió ningún tratamiento inmunomodulador específico, lo cual afectó negativamente los desenlaces clínicos y aumentó el riesgo de secuelas.
- El 87,1% de los pacientes que sobrevivieron no recibieron ningún tipo de terapia física posterior al alta, situación en extremo deficiente.

RECOMENDACIONES

- Promover y fortalecer la capacitación del personal de salud en el uso correcto del formato oficial de la ficha epidemiológica y mejorar la coordinación entre los equipos clínicos y el área de epidemiología para garantizar diagnósticos congruentes y datos precisos.
- Asegurar la disponibilidad y el acceso oportuno a exámenes diagnósticos y tratamientos inmunomoduladores, priorizando su realización en pacientes con sospecha de Síndrome de Guillain-Barré.
- Establecer y fortalecer programas de rehabilitación y seguimiento integral para pacientes con Síndrome de Guillain-Barré, incluyendo servicios de fisioterapia y apoyo psicosocial, contribuyendo a una recuperación funcional óptima y a una mejor calidad de vida.
- Fomentar la realización de estudios similares a nivel multicéntrico o nacional, con el fin de obtener datos más representativos y mejorar las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Guillain-Barré.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leonhard SE, Mandarakas MR, Gondim FAA, Bateman K, Ferreira MLB, Cornblath DR, et al. Diagnosis and management of Guillain–Barré syndrome in ten steps. *Nat Rev Neurol*. [internet]. 2019 [citado 12 de febrero de 2024];15(11):671–83. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6821638/> doi: 10.1038/s41582-019-0250-9
2. Wachira VK, Farinasso CM, Silva RB, Peixoto HM, de Oliveira MRF. Incidence of Guillain-Barré syndrome in the world between 1985 and 2020: A systematic review. *Glob Epidemiol*. [internet]. 2023 [citado 15 de febrero de 2024]; 5:1000098. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10445966/> doi: 10.1016/j.gloepi.2023.100098
3. Munayco CV, Soto Cabezas MG, Reyes MF, Arica Gutiérrez JA, Napanga Saldaña O. Epidemiología del síndrome de Guillain-Barré en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. [internet]. 2019 [citado 01 de marzo de 2024];36(1):10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31116321/> doi: 10.17843/rpmesp.2019.361.3729
4. X. Ramos AP, Leonhard SE, Halstead SK, Cuba MA, Castañeda CC, Dioses JA, et al. Guillain-Barré Syndrome Outbreak in Peru 2019 Associated With *Campylobacter jejuni* Infection. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm* [Internet]. 2021 [citado 13 de marzo de 2025];8:e952. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34657739/>

doi:

10.1212/NXI.0000000000000952.

5. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, MINSA. Alerta Epidemiológica AE-CDC-N° 015-2023: "Incremento de casos de síndrome de Guillain Barré en algunas regiones del país" MINSA [Internet]. 2023 [citado 21 de enero del 2025]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/alertas/alertas_202315_26_141558.pdf
6. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, MINSA. Situación del síndrome de Guillain Barré Perú, 2023 (SE 40) MINSA [Internet]. 2023 [citado el 18 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/sala_sgb/sala_sgb_202340_11_114358.pdf
7. Alva-Diaz C, Mori N, Pacheco-Barrios K, Velásquez-Rimachi V, Rivera-Torres O, Huerta-Rosario CA, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del paciente con síndrome de Guillain-Barré. *Neurol Arg.* [Internet]. 2020 [citado el 15 de octubre de 2023]; 12(1):36–48. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-pdf-S1853002819300692> doi: 10.1016/j.neuarg.2019.09.006
8. Ministerio de Salud Hospital Cayetano Heredia. Resolución Directorial N° 458 – 2021-HCH/DG. Plan de contingencia multipeligro por Navidad 2021 Año Nuevo 2022 en pandemia COVID19. Perú: 2023. 54p.
9. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. Unidad de evaluación e investigación Epidemiológica. HNCH. Boletín Epidemiológico de Hospital

- Cayetano Heredia. 2023 [citado el 18 de octubre de 2023]. Disponible en:
<https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/2023/10/Boletin-Epidemiologico-2023-09.pdf>
10. Unidad técnica de Vigilancia de EDA/IRA/SGB, Influenza y OVR, MINSA. Situación del síndrome de Guillain Barré Perú, 2023 (SE 24) MINSA [Internet]. 2023 [citado el 18 de octubre de 2023]. Disponible en:
https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/sala_sgb/sala_sgb_202324_21_094738.pdf
11. Papri N, Islam Z, Leonhard SE, Mohammad QD, Endtz HP, Jacobs BC. Guillain-Barré syndrome in low-income and middle-income countries: challenges and prospects. *Nat Rev Neurol*. [internet]. 2021[citado 10 de marzo de 2024];17(5):286-296. Disponible en:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7920001/> doi: 10.1038/s41582-021-00467-y
12. Elendu C, Osamuyi EI, Afolayan IA, Opara NC, Chinedu-Anunaso NA, Okoro CB, et al. Clinical presentation and symptomatology of Guillain-Barré syndrome: A literature review. *Medicine* [internet]. 2024 [citado 15 de marzo de 2024]; 103:30(e38890). Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39058828/> doi: 10.1097/MD.00000000000038890
13. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 675 – 2021/MINSA. Norma Técnica de Salud para la Vigilancia epidemiológica y diagnóstico de laboratorio del Síndrome de Guillain-Barré en el Perú. Perú: MINSA; 2021. 3p.

14. Torres-Valerio M, Milla-Martínez A, Fiorella Ávila-Terrones, Velásquez-Rimachi V. Evaluaciones económicas sobre el tratamiento específico del síndrome de Guillain-Barré: ¿Una limitación para elaborar guías de práctica clínica en Latinoamérica y el Caribe? *Neurol Arg.* [internet]. [citado 10 de noviembre de 2023];15(2):139–4. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-pdf-S1853002823000010> doi: 10.1016/j.neuarg.2022.12.002
15. Carrea-Acosta L, Salvador-Salvador S, Torre-Maraví GE, Evaluación de la adherencia de Guías de la Práctica Clínica en el Seguro Social del Perú. *Rev. Cuerpo Med. HNAAA.* [internet]. 2022 [citado 20 de Marzo del 2023];14(4). Disponible en: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/1355> doi: 10.35434/rcmhnaaa.2021.144.1355
16. Setkowski K, Boogert K, Hoogendoorn AW, Gilissen R, van Balkom AJLM. Guidelines improve patient outcomes in specialised mental health care: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* [internet]. 2021[citado 22 de marzo de 2024];144(3):246–58. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34033121/> doi: 10.1111/acps.13332
17. Wakeman D, Livingston MH, Levatino E, Juviler P, Gleason C, Tesini B, et al. Reduction of surgical site infections in pediatric patients with complicated appendicitis: utilization of antibiotic stewardship principles and quality improvement methodology. *J Pediatr Surg.* [internet]. 2022 [citado 18 de marzo de 2024]; 57(1):63-73. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34657739/> doi:
10.1016/j.jpedsurg.2021.09.031

18. McGuirk B, King W, Govind J, Lowry J, Bogduk N. Safety, efficacy, and cost effectiveness of evidence-based guidelines for the management of acute low back pain in primary care. *Spine*. [internet]. 2001[citado 10 de enero de 2024]; 26(23):2615–22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11725244/> doi: 10.1097/00007632-200112010-00017
19. Institute of Medicine. *Health Services Research: Report of a Study*. Washington, DC: The National Academies Press. [internet]. 1979. [citado 14 de Marzo del 2024]; Disponible en: <https://nap.nationalacademies.org/catalog/9936/health-services-research-report-of-a-study> doi: 10.17226/9936
20. Murray CJL, Frenk J. Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. *Bull World Health Organ*. [internet]. 2000 [citado 20 de Marzo del 2024]; 78(6):717-731. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/58011>
21. AlKahtani NA, Alkhudair JA, Bensaeed NZ, Alshammari YS, Alanazi RF, Khatri IA, et al. Guillain-Barré Syndrome in Adults in a Decade: The Largest, Single-Center, Cross-Sectional Study From the Kingdom of Saudi Arabia. *Cureus* [Internet]. 2023 [citado 21 de enero del 2025];15(6):e40995. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10371290/> doi: 10.7759/cureus.40995

22. McCombe PA, Hardy TA, Nona RJ, Greer JM. Sex differences in Guillain Barré syndrome, chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy and experimental autoimmune neuritis. *Front Immunol* [Internet]. 2022 [citado 21 de enero del 2025];13:1038411. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36569912/> doi: 10.3389/fimmu.2022.1038411
23. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 302 – 2015/MINSA. Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud. Perú: MINSA; 2015.

VIII. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

Tabla 1. *Datos demográficos de los pacientes evaluados (n=31)*

Datos sociodemográficos	Mediana (RIC)/n (%)
Edad	51 (19)
Sexo	
Mujer	16 (51,6)
Varón	15 (48,4)
Grado de Instrucción	
Sin instrucción	3 (9,7)
Primaria Incompleta	1 (3,2)
Primaria completa	3 (9,7)
Secundaria completa	13 (41,9)
Secundaria incompleta	3 (9,7)
Técnico	2 (6,5)
Superior incompleto	1 (3,2)
Superior completo	5 (16,1)
Ocupación	
Ama de casa	9 (29,0)
Estudiante	3 (9,7)
Empleado	1 (3,2)
Independiente	15 (48,4)
Dependiente	3 (9,7)
Gestante	
Sí	0 (0)
No	31 (100,0)

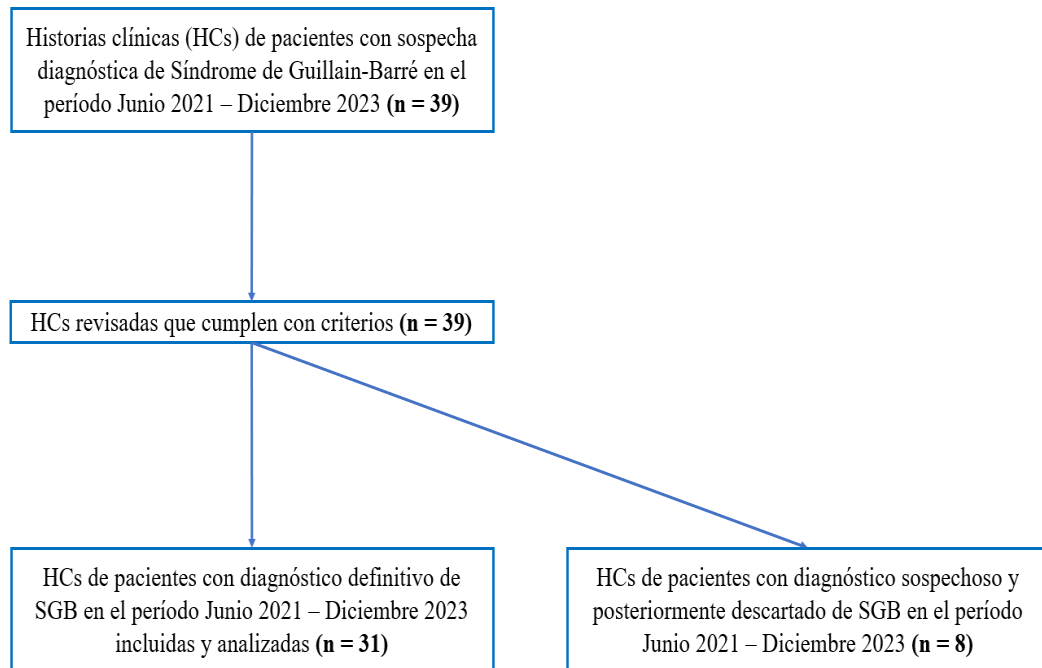
Tabla 2. *Criterios diagnósticos de SGB en los pacientes evaluados (n=31)*

Criterios diagnósticos	Mediana (RIC)/n (%)
Diagnóstico basado en criterios de Brighton	
Sí	31 (100,0)
No	0 (0)
Nivel de Certeza	
1	6 (19,4)
2	12 (38,7)
3	13 (41,9)
Debilidad muscular bilateral y flácida en extremidades	
Sí	30 (96,8)
No	1 (3,2)
Hiporreflexia o arreflexia en extremidades débiles	
Sí	30 (96,8)
No	1 (3,2)
Patrón de enfermedad monofásico	
Sí	30 (96,8)
No	1 (3,2)
Inicio a nadir de la debilidad: 12 horas a 28 días más meseta subsecuente	
Sí	30 (96,8)
No	1 (3,2)
Disociación albúmino-citológica (n = 27)	
Sí	15 (55,5)
No	12 (44,5)
Diagnóstico electrofisiológico (n = 23)	
Polineuropatía Desmielinizante Inflamatoria Aguda (AIDP)	11 (47,8)
Neuropatía Axonal Motora Aguda (AMAN)	7 (30,4)
Neuropatía Axonal Sensitivo Motora Aguda (AMSAN)	5 (21,8)
Ausencia de un diagnóstico alternativo identificado de la debilidad	
Sí	31 (100)
No	0 (0)

Tabla 3. *Variables numéricas de diagnóstico y tratamiento según sexo de los pacientes con SGB (n=31)*

Variab les	Mujer (Media±DS)	Hombre (Media±DS)
Días de tratamiento con Inmunoglobulina	5,53 (1,61)	5,53 (1,46)
Días desde el ingreso hasta administración de tratamiento	3,61 (6,17)	1,35 (2,13)
Días de hospitalización	19,13 (14,66)	11,93 (4,71)
Hughes al ingreso	3,56 (0,89)	3,67 (0,72)
Hughes al alta	3,19 (0,834)	3,60 (1,055)

Gráfico 1 – Diagrama de flujo de la selección de pacientes



ANEXOS

Anexo 1: Cuadro de operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Indicadores
Estado de ficha epidemiológica	Presencia del llenado total o parcial del formato de la ficha epidemiológica para pacientes con sospecha de SGB	Cualitativa Independiente Nominal	-Completa -Incompleta -No se llenó
Edad	Número de años cumplidos al momento del ingreso al EESS	Cuantitativa Independiente Continua	Años
Sexo	Condición biológica del paciente	Cualitativa Independiente Nominal	-Femenino -Masculino
Gestación	Estado fisiológico de la mujer que indica si está en proceso de embarazo al ingreso del EESS	Cualitativa Independiente Nominal	-Sí -No
Patología asociada previa	Sintomatología asociada al SGB durante las 4 semanas previas a la debilidad muscular	Cualitativa Independiente Nominal	-Infección de vías respiratorias altas -Infección gastrointestinal -Fiebre -Exantema -Otros -Ninguna
Antecedentes patológicos	Enfermedad diagnosticada previamente a la aparición del SGB con poca relación con esta última	Cualitativa Independiente Nominal	-Hipertensión Arterial -Diabetes Mellitus -Obesidad -Asma -Otros -Ninguna

Antecedente de intoxicación previa	Exposición a sustancias tóxicas durante las 4 semanas previas de la debilidad muscular	Cualitativa Independiente Nominal	-Metales pesados -Organofosforados
Antecedentes de vacunación previa	Aplicación de Inmunización durante las 4 semanas previas de la debilidad muscular	Cualitativa Independiente Nominal	-Influenza -Difteria y tétanos (dT) -COVID-19 -Otros -Ninguna
Antecedentes familiares	Sintomatología asociada al SGB en familiares que conviven con el paciente	Cualitativa Independiente Nominal	-Infección gastrointestinal -Infección de vías aéreas -Debilidad muscular aguda -Otros -Ninguna
Clasificación de criterios de certeza de Brighton	Categorización en niveles de certeza de la escala de Brighton	Cualitativa Independiente Ordinal	-Nivel 1 -Nivel 2 -Nivel 3
Escala de Hughes al ingreso	Medición de la severidad de la debilidad muscular del paciente en el ingreso al EESS	Cualitativa Independiente Ordinal	-Grado 0 -Grado 1 -Grado 2 -Grado 3 -Grado 4 -Grado 5 -Grado 6
Escala de Hughes al alta	Medición de la severidad de la debilidad muscular del paciente al alta del EESS	Cualitativa Independiente Ordinal	-Grado 0 -Grado 1 -Grado 2 -Grado 3 -Grado 4 -Grado 5 -Grado 6
UCI	Ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos	Cualitativo Independiente Nominal	-Sí -No

Estancia en UCI	Número de días que permaneció en UCI	Cuantitativo Independiente Discreta	Días
Ventilación mecánica	Uso de ventilación mecánica	Cualitativa Independiente Nominal	-Sí -No
Duración de Ventilación Mecánica	Número de días que requirió ventilación mecánica	Cuantitativo Independiente Discreta	Días
Tipo de tratamiento	Tratamiento específico para el SGB que recibió	Cualitativa Independiente Nominal	-Plasmaféresis -Inmunoglobulina -Ninguno
Resultado Clínico	Estado médico-administrativo del paciente al momento de la recopilación de datos	Cualitativa Independiente Nominal	-Alta -Deceso -Hospitalizado
Secuelas al alta	Presencia o ausencia de alguna secuela al momento del alta	Cualitativa Independiente Nominal	-Sí -No
Atención por medicina física	Atención por el servicio de Medicina física y rehabilitación posterior al alta	Cualitativa Independiente Nominal	-Sí -No
Examen de LCR compatible con SGB	Resultado del análisis del LCR en relación a SGB	Cualitativa Independiente Nominal	-Sí -No
Evaluación electrofisiológica	Resultados de la evaluación electrofisiológica en relación a SGB	Cualitativa Independiente Nominal	-Sí -No
Otros exámenes	Realización de otros exámenes recomendados por la NT para el diagnóstico de SGB	Cualitativa Independiente Nominal	-Sí -No

Anexo 2: Ficha codificada de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS							
CODIGO:							
EDAD:				SEXO: F () M ()			
FECHA DE NACIMIENTO:				LUGAR DE PROCEDENCIA:			
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin instrucción	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Técnico	Superior
OCUPACIÓN	Ama de casa	Estudiante	Desempleado	Independiente	Dependiente		
GESTANTE						SI ()	NO ()
FECHA DE INGRESO:				FECHA DE ALTA:			
CONDICIÓN AL ALTA		Mejorado			Fallecido		
El caso fue investigado dentro de las 48 horas de notificado, utilizando la ficha de investigación clínico-epidemiológica de la vigilancia del SGB Fecha de notificación: Fecha de llenado de la ficha epidemiológica:						SI ()	NO ()
Se realizó la investigación clínico-epidemiológica del caso del SGB Fecha:						SI ()	NO ()
Anamnesis						SI ()	NO ()
Examen neurológico por médico o especialista (I/C Neurología) Fecha de primera evaluación por Neurología						SI ()	NO ()
El diagnóstico fue realizado basándose en los criterios de Brighton						SI ()	NO ()
Punción lumbar con estudio citoquímico de LCR						SI ()	NO ()
Estudio de agente etiológico						SI ()	NO ()
Estudio electrofisiológico						SI ()	NO ()
Se realizó la investigación de antecedentes la investigación de los antecedentes de enfermedades respiratorias, digestivas agudas, infección viral o bacteriana, síndrome febril, exantema, exposición a órganos fosforado o metales pesados, 4 semanas antes del inicio de la debilidad muscular.						SI ()	NO ()

Se investigaron antecedentes de enfermedades respiratorias, digestivas o casos del SGB en el entorno familiar o entorno cercano.	SI ()	NO ()
¿Se realizó la punción lumbar antes de la administración de inmunoglobulina?	SI ()	NO ()
Si la muestra de LCR fue obtenida durante el tratamiento y el resultado fue negativo, ¿se obtuvo una segunda muestra a partir de la segunda semana desde el inicio de la debilidad?	SI ()	NO ()
¿Se tomaron muestras para determinar el agente etiológico? Si la respuesta es afirmativa, el agente etológico fue	SI ()	NO ()
La evaluación electrofisiológica es realizada entre la segunda y cuarta semana de inicio de la debilidad muscular	SI ()	NO ()
El paciente recibió tratamiento con		
Immunoglobulina EV Fecha de inicio de tratamiento con Inmunoglobulina EV Días de tratamiento.....	SI ()	NO ()
Plasmaféresis Fecha de inicio de tratamiento con plasmaféresis..... Días de tratamiento.....	SI ()	NO ()
El paciente requirió tratamiento en UCI Si la respuesta es SI ¿cuántos días permaneció en UCI?..... Fecha de ingreso a UCI Fecha de alta de UCI	SI ()	NO ()
El paciente requirió ventilación mecánica Si la respuesta es SI ¿cuántos días permaneció en ventilación mecánica?..... Fecha de inicio de ventilación mecánica Fecha de término de ventilación mecánica	SI ()	NO ()
El paciente recibió terapia física de rehabilitación	SI ()	NO ()